ROK XII. MAJ — CZERWIEC 1936 r. ZESZYT 3



PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

I

WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO

ORGAN WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ



WILNO
NAKŁADEM WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.

TREŚĆ.

SOMMAIRE.

ADRES REDAKCJI PAMIĘTNIKA WIL. TOW. LEK.:
Wilno—Zamkowa 24 — Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

KOMITET REDAKCYJNY:
Wydział:
Redaktorowie: † Prof. Dr W. Jasiński i Prof. Dr A. Safarewicz.
Redaktor administracyjny: Doc. Dr. W. Zaleski.

CZŁONKOWIE KOMITETU:
Doc. Dr E. Czarnecki, Dr H. Rudziński, Prof. Dr T. Wąsowski,
Dr S. Lewande, Prof. Dr J. Szmurło, Dr A. Wirszubski.
Prof. Dr M. Rose, Dr W. Szalewicz.

Rękopisy należy nadsyłać pod adresem redakcji listem poleconym.

Cena prenumer. wraz z przesyłką:
Rocznie — 15 zł. Półrocznie — 8 zł. Zeszyt pojedyńczy 2 zł. 50 gr.

Warunki drukowania prac:

Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek oraz druk ośmiu stron pracy zarówno w zeszytach pojedyńczych jak i podwójnych — bez opłaty. Szczegółowe warunki kosztów druku prac należy autorom osobiście omówić z Zarządem Drukarni „Pax". Reklamacje w sprawie niedostarczonych zeszytów Pamiętnika należy kierować do druk. „Pax", Wilno, św. Ignacego 5, pod adresem Redaktora Administracyjnego, Doc. D-ra W. Zaleskiego.

ROK XII. MAJ — CZERWIEC 1936 r. ZESZYT 3

PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

I

WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO

ORGAN WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ



WILNO

NAKŁADEM WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.

Pamięci Prezesa

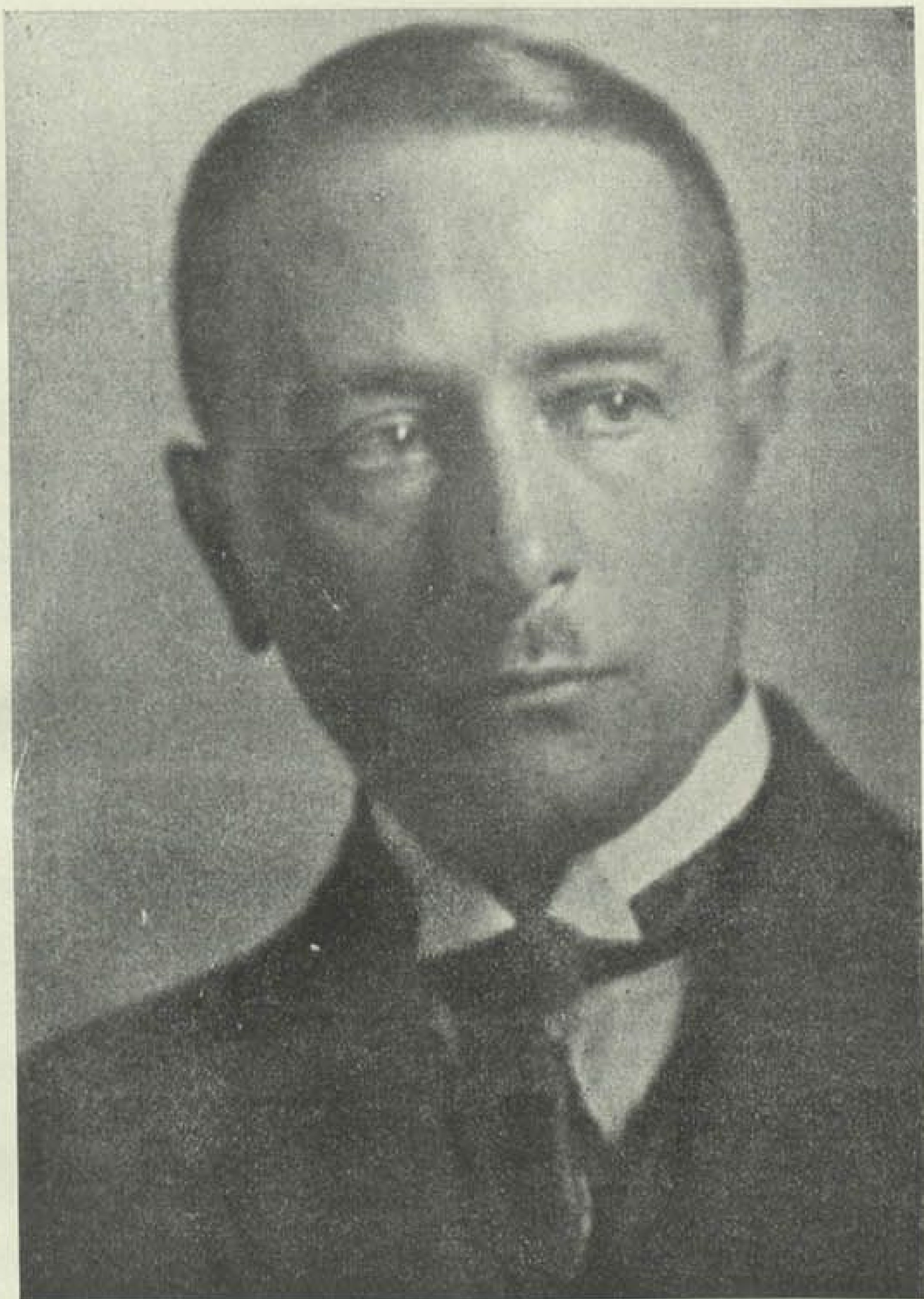
Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

Profesora Doktora

Wacława Jasińskiego

zeszyt ten poświęca

Komitet Redakcyjny
Pamiętnika Wil. Tow. Lekarskiego



Ś. p. Profesor Dr. WACŁAW JASIŃSKI
† 17.V. 1936 r.

UROCZYSTE POSIEDZENIE ŻAŁOBNE

POŚWIĘCONE PAMIĘCI ZMARŁEGO W DNIU 17 MAJA 1936 r.

PROFESORA DRA WACŁAWA JASIŃSKIEGO.

25 maja 1936 r. o godz. 20 w sali Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego przy ul. Zamkowej 24 odbyło się staraniem Towarzystwa oraz Wileńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Wileńskiego uroczyste żałobne posiedzenie ku czci ś p. Profesora Dra Wacława Jasińskiego, Prezesa tych Towarzystw i Dyrektora Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Stefana Batorego oraz Redaktora Pamiętnika Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Obok stołu prezydjalnego umieszczono na podwyższeniu w otoczeniu kwiatów i zieleni portret Zmarłego w todze Dziekana Wydziału Lekarskiego.

Na posiedzenie przybyła Małżonka i Rodzina ś. p. Profesora, licznie stawili się przedstawiciele Uniwersytetu S. B. i Wydziału Lekarskiego, koledzy, przyjaciele Zmarłego, szereg osób ze świata naukowego, lekarskiego i przedstawiciele społeczeństwa wileńskiego.

Posiedzenie otworzył Vice-Prezes Wil. Tow. Lek. Profesor Dr Ignacy Abramowicz przemówieniem:

Dostojne Zgromadzenie! Otwierając uroczyste posiedzenie żałobne ku uczczeniu pamięci zmarłego w dniu 17 maja r. b. Prezesa naszego Towarzystwa, ś. p. Profesora Dra Wacława Jasińskiego, składam gorące podziękowanie wszystkim dostojnym gościom naszym, którzy zechcieli złączyć się z nami w hołdzie, składanym dziś naszemu drogiemu Prezesowi.

O Jego zasługach wobec Ojczyzny, Nauki i Społeczeństwa będą mówili tu inni. Ja zaś pragnę podkreślić, że ś. p. Profesor Wacław Jasiński wiele czasu swego i trudu poświęcał Towarzystwu naszemu, wielce się troszczył o jego rozwój i przejmował się jego sprawami niemal do ostatka swego życia.

Wdzięczną pamięć o naszym Kochanym Prezesie zachowamy nazawsze. Uczcijmy Jego pamięć przez powstanie i jednominutową ciszę!

Z kolei nastąpiły niżej załączone przemówienia, obrazujące przebieg życia ś. p. Prof. W. Jasińskiego, Jego pracę, niepożyte zasługi, położone wobec Ojczyzny i Nauki, wobec uczącej się młodzieży, wobec instytucyj naukowych i organizacyj społecznych, w których Zmarły brał czynny udział, Jego stosunek do chorych, do otoczenia z Nim współpracującego.

W końcu Vice-Prezes Prof. Dr. I. Abramowicz zamknął posiedzenie, dziękując raz jeszcze członkom Towarzystwa i gościom za udział w oddaniu hołdu ś. p. Profesorowi W. Jasińskiemu.

Przemówienia

podczas uroczystego posiedzenia żałobnego w dniu 25 maja 1936 r. ku uczczeniu pamięci Profesora Dra Wacława Jasińskiego.

DZIEKAN WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UN. ST. BATOREGO

PROF. DR KORNEL MICHEJDA.

Zmarły dnia 17 maja 1936 r. ś. p. Profesor Dr Wacław Jasiński urodził się dnia 11 sierpnia 1881 r. w Godziszowie Lubelskim z ojca Kazimierza Stanisława i matki Kazimiery z Jaroszewiczów. Szkołę średnią i uniwersytet ukończył w Warszawie; należał do ostatniego rocznika młodzieży, która Uniwersytet Warszawski ukończyła przed strejkiem szkolnym. W roku 1904 otrzymał dyplom lekarza *cum eximia laude*.

Szybko, bo już w roku 1905, rozpoczął specjalizację w zakresie obranej przez siebie pediatrii i to pod kierunkiem takiego mistrza, jakim był ś. p. dr Józef Brudziński, wówczas ordynator szpitala Anny Marii w Łodzi. Sześcioletnia praca pod tak wytrawnym kierownictwem naukowym dała ś. p. Profesorowi Jasińskiemu bogate doświadczenie kliniczne, które zużytkował jako ordynator, a wkrótce jako lekarz naczelny Szpitala dla dzieci w Lublinie, w którym pracował od roku 1911 do 1918. Już w Lublinie dał upust swemu społecznemu nastawieniu, organizując lub pracując w szeregu instytucji społeczno-lekarskich, jak „Kropla Mleka", „Towarzystwo Kolonij Letnich", „Towarzystwo Walki z Gruźlicą", „Towarzystwo Higieniczne" oraz w instytucjach kulturalno-oświatowych, jak „Uniwersytet Ludowy", „Towarzystwo Krzewienia Oświaty". „Biblioteka Publiczna". Obok tego bierze żywy udział w pracach naukowego Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego, które w uznaniu Jego zasług mianowało Go swym członkiem honorowym.

Już w roku 1915 wstąpił do Polskiej Organizacji Wojskowej jako szeregowiec i brał odtąd nader czynny udział w pracach tych kadr przyszłej Armii Polskiej, jako wierny żołnierz uwielbianego przez Siebie Wielkiego Marszałka.

Po powstaniu Państwa Polskiego pełnił funkcje szefa sanitarnego w Lublinie w ciągu 5 miesięcy, poczem pracował jeszcze w ciągu $2^1/_2$ lat w Szpitalu Okręgowym w tymże Lublinie.

Zwolniony ze służby wojskowej w roku 1921 wrócił natych-

miast do pracy zawodowej i naukowej. Wykształcenie swoje dopełnił w klinice pediatrycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie pod kierunkiem profesora Gröera.

Mianowany dnia 1 sierpnia 1922 r. nadzwyczajnym profesorem pediatrji i kierownikiem kliniki pediatrycznej w Uniwersytecie Stefana Batorego przeniósł się do Wilna, by temu miastu i uniwersytetowi oddać pracę reszty swego życia. Dnia 1 października 1933 r. mianowany został profesorem zwyczajnym. Funkcje dziekana Wydziału Lekarskiego pełnił w roku akademickim 1931/32.

Oto krótki życiorys zmarłego Profesora, najdroższego Kolegi, którego zwłoki w ubiegłym tygodniu ze czcią i schyloną głową złożyliśmy na cmentarzu Rossa opodal Serca Wielkiego Marszałka, któremu w służbie swej oddał się cały, bez reszty, a obok którego Serca spoczywać będzie po wieczne czasy. Życiorys suchy, a jakże bogatą wypełnić go potrafił treścią!

Był lekarzem, jednym z tych, dla których zawód lekarza wynika z wewnętrznego powołania i staje się dostojeństwem. Kto widział ś. p. Profesora przy łóżku chorego dziecka, ten o prawdziwości tej charakterystyki nie wątpi. On w duszach swych chorych czytał jak w otwartej księdze, On cierpienia ich nietylko badał i rozumiał, ale je odczuwał całą głębią Swej wrażliwej duszy. Torowało Mu to drogę do dziecka, zdobywało zaufanie tych najbardziej nieufnych chorych.

Był jednak nietylko lekarzem. Wolą Wydziału Lekarskiego naszego Uniwersytetu powołany został na stanowisko, do którego się sposobił przez długie lata pracy w szkole tak niepospolitego Mistrza, jakim był ś. p. profesor Józef Brudziński, a potem w szkole lwowskiej profesora Gröera. Wyniósł stąd głęboką wiedzę i bogate doświadczenie. Obdarzony ponadto wysokim poczuciem odpowiedzialności i obowiązku, zamiłowany w pracy, którą ułatwiała Mu niepospolita i rzadko spotykana pamięć, stał się jednostką o niezwykłych walorach, człowiekiem, który mimo swej wrodzonej skromności stał się jedną z czołowych postaci w naszej Radzie Wydziału, przyczyniając się walnie do nadania jej tego oblicza, jakie ona posiada. Zasadą, którą się zawsze kierował, było dobro Uniwersytetu. Nie było w Jego długiej działalności uniwersyteckiej ani jednego kroku czy czynu, którýby godził w tę naczelną dewizę Jego pracy.

Profesor Jasiński był 18 profesorem, który w ciągu 17 lat istnienia Wydziału Lekarskiego ustąpił z jego grona. W tych warunkach wywarł Prof. Jasiński duży wpływ na kształtowanie się losów tego Wydziału. W gorących dyskusjach, jakie towarzyszyły wszelkim sprawom organizacyjnym, umiał zawsze zachować umiar, odpowiada-

jący powadze sprawy, nie rezygnując i nie cofając się nigdy z tego stanowiska, które uważał za zgodne z dobrem Uniwersytetu. Droga, po której szedł konsekwentnie, była zawsze niezmiernie prosta. Za to wszyscy darzyliśmy Zmarłego Kolegę wysoką czcią i szacunkiem, a wielu z nas przyjaźnią; w pamięci zachowamy Go jako Kolegę o wysokiej kulturze duchowej, który zawsze będzie nam pod tym względem wzorem i przykładem.

Był założycielem kliniki pediatrycznej. Ile wkładał w to swoje ukochane dzieło trudu, ile serca, ile twardej woli, która nie pozwoliła się Mu ugiąć przed jakże licznymi przeciwnościami, to wiemy wszyscy, cośmy byli świadkami Jego trudów z jednej, a współtowarzyszami doli i niedoli z drugiej strony. Klinikę nietylko stworzył, ale doprowadził ją na wysoki stopień organizacyjny: stała się przecież ośrodkiem intensywnej pracy naukowej i rozległej pracy dydaktycznej. Wykłady Jego były zawsze starannie opracowane. Były one ziarnami, które hojną dłonią rozsiewał na rolę, stworzoną przez umysły powierzonej Jego pieczy młodzieży.

Z obowiązku przyjaźni i koleżeństwa byłem świadkiem Jego cierpień i rozwoju śmiertelnej choroby. Nie poddawał się jej do ostatniej niemal chwili. W styczniu wychodziliśmy razem z gabinetu prof. Rutkowskiego w Krakowie. Prof. Rutkowski, ukrywając przed chorym istotę cierpienia, wobec mnie przypieczętował przeznaczenie naszego Kolegi. Aby odegnać ciężkie myśli, jakie cisnęły się nam obu, stwarzając między nami więcej niż duszną atmosferę, poszliśmy na wystawę sztuki. Błądziliśmy po salach pałacu sztuki, a On, spojrzawszy na zegarek, stwierdził, że jeszcze w dniu dzisiejszym nie odrobił codziennego rozdziału podręcznika pediatrji, nad którym pracował. Wrócił tedy do hotelu, by tam odrobić to, co zamierzał i sam postanowił. Pojechał na wypoczynek do Rabki, a stamtąd pisał, że praca posuwa się szybko naprzód. Leżał na łożu ciężkiej boleści, a w drżących i wychudłych do ostateczności rękach trzymał nieodłączne arkusze korekty. A jaka duma i radość odbijała się w Jego oczach, gdy nieledwie w ostatniej chwili z Warszawy nadeszła monografia o odrze, mająca wejść w skład redagowanego przez Niego podręcznika! Na dwa dni przed śmiercią, nie mogąc już własnoręcznego złożyć podpisu, prosił mnie, bym jako dziekan w Jego zastępstwie upoważnił adiunkta kliniki do przeprowadzenia przygotowanej przez Zmarłego umowy z Zarządem Miasta Wilna, mającej stworzyć podstawę dla rozwoju kliniki.

Odszedł złamany fizycznie przez nieubłaganą chorobę, ale duchem mocny i wielki, jak nim był przez całe życie. Sprawie, której wiernie służył — dobrze się zasłużył!

A. SAFAREWICZ.

O pracy ś. p. Profesora Dra Wacława Jasińskiego dla Wileńskiego Twa Lekarskiego.

Dostojne Zgromadzenie!

Na uroczystym żałobnym posiedzeniu dzisiejszym, poświęconym pamięci naszego nieodżałowanego Prezesa i Redaktora Pamiętnika Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, mnie, jako sekretarzowi stałemu, przypadło w udziale mówić o Jego pracy dla Towarzystwa, o tej pracy, którą pełnił On ofiarnie w ciągu szeregu lat, z całym oddaniem się, mimo nadwątlonego zdrowia, mimo nawału zajęć, związanych z pracą naukową, z nauczaniem i kierownictwem Kliniką, ze stanowiskiem Prezesa Wileńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i wreszcie z bardzo żywą działalnością społeczną.

Już od roku 1925, z chwilą zawiązania się Komitetu Redakcyjnego Pamiętnika naszego Towarzystwa, bierze jako członek tego Komitetu najżywszy udział w pracy redakcyjnej. W maju roku 1929 staje jako Redaktor obok ś. p. Prof. Stanisława Trzebińskiego, coraz częściej zapadającego na zdrowiu i z trudem spełniającego czynności redaktorskie. Na początku roku następnego, kiedy złożony już ciężką niemocą Prof. S. Trzebiński ustąpił ze składu Redakcji Pamiętnika, miałem zaszczyt bezpośredniej współpracy ze ś. p. Prof. Wacławem Jasińskim, dopomagając Mu w żmudnych i pochłaniających wiele czasu czynnościach redaktorskich. Mimo że często zapadał na zdrowiu, nie ustawał w tej pracy, zasilając jednocześnie łamy Pamiętnika artykułami naukowemi własnemi i swych współpracowników w Klinice i w instytucjach, nad któremi roztaczał kierownictwo naukowe. Sam z wielką skrupulatnością przeprowadzał korektę tych prac. Już obłożnie chory prowadził jeszcze korektę ostatnio wydanego zeszytu Pamiętnika, listopad — grudzień rok 1935, a nawet paru prac, przeznaczonych do 1—2 zeszytu roku bież. Nie dość na tym, robił wyciągi z szeregu źródeł do historji naszego Towarzystwa, pisał bowiem ostatnią w życiu swym pracę pod tytułem „Działalność wydawnicza Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w pierwszem stuleciu jego istnienia (1805—1905)". Na miesiąc przed zgonem ukończył ją i oddał mi w rękopisie, przeznaczając do następnego zeszytu Pamiętnika. Nie dane Mu było dokonać korekty autorskiej! Druk pracy tej jest już ukończony; ukaże się ona niebawem w 1—2 zeszycie Pamiętnika za r. bież. i pozostanie wymownym świadectwem ofiarnego wysiłku ś. p. Redaktora naszego, który

w ostatnich niemal chwilach życia wertował szereg źródeł, aby podać „do wiadomości szerszego ogółu młodych lekarzy i członków Towarzystwa mało im znane fakty co do istnienia i charakteru ciekawych wydawnictw Towarzystwa". — Temi właśnie słowy zakańcza ś. p. Prof. W. Jasiński swą ostatnią pracę dla Pamiętnika Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

12 grudnia 1934 r. na dorocznym zebraniu Towarzystwo jednomyślnie wybrało ś. p. Prof. W. Jasińskiego na Prezesa. Przyjmując wybór, dobrze wiedział, że nie tylko honory czekają Go na tym stanowisku. Godność Prezesa najstarszego w Polsce naukowego towarzystwa lekarskiego, towarzystwa jednego z najbardziej zasłużonych, nie jest jedynie reprezentacyjna. Prezes nie tylko strzeże powagi naukowego autorytetu Towarzystwa, nie tylko przewodniczy na zebraniach Zarządu i na posiedzeniach naukowych. Spada nań niemało trudu i trosk. Nie kto inny, jak właśnie Prezes ma dbać o układanie projektów posiedzeń naukowych, troszczy się o prelegentów, z nimi się umawia. A przecież posiedzenia naukowe, począwszy od r. 1930, odbywają się z reguły co tydzień. Nie kto inny, jak Prezes dba też o inne potrzeby Towarzystwa; potrzeb tych jest zawsze wiele, środków zaś na ich zaspokojenie jest zawsze za mało.

Wzorem swych poprzedników—prezesów ś. p. Profesor Wacław Jasiński blisko brał do serca owe potrzeby, przejmował się nimi i martwił, gdy przerastały one skromne możności finansowe Towarzystwa; nie zrażał się tym jednak, dodając nam, swym pomocnikom w Zarządzie, otuchy i bodźca do nieustawania w pracy dla Towarzystwa.

Jedną z większych Jego trosk stanowiła kwestja należytego zabezpieczenia cennych zbiorów Towarzystwa, zwłaszcza biblioteki. Sprawa ta była ustawiczną troską wszystkich Prezesów i Zarządów Towarzystwa. Należy właśnie zaznaczyć, iż poza tą piękną salą, w której jesteśmy, a w której odbywają się zazwyczaj nasze posiedzenia, Towarzystwo posiada nad nią lokal, nie wystarczający dla należytego rozmieszczenia księgozbioru i innego inwentarza ruchomego. Korzystanie z biblioteki i źródeł archiwalnych wskutek tego było wielce utrudnione. Lokal ten w dodatku jest zbyt mało zabezpieczony pod względem pożarowym i właściwie z tego powodu nie nadaje się jako lokal na zbiory.

Rozmaite projekty i plany lepszego zabezpieczenia owych zbiorów rozbijały się przede wszystkim o brak środków finansowych. Wszczęte przed kilku laty starania o przeniesienie księgozbioru do pomieszczenia Państwowej Biblioteki im. Wróblewskich na razie zo-

stały uwieńczone skutkiem pomyślnym; została zaprojektowana umowa piśmienna pomiędzy Towarzystwem a władzami odnośnymi, która nawet już była zaaprobowana przez obie strony, chodziło jedynie o ostateczną decyzję Ministerstwa W. R. i O. P. W tym czasie pokazało się, że pomieszczenia suterenowe, w których miały być urządzone magazyny książnicy, nie są odpowiednie do tego celu, gdyż dochodzi tu woda podskórna.

Znikła w ten sposób ostatnia, zdawałoby się, możliwość zabezpieczenia księgozbioru Towarzystwa. Ś. p. Prof. W. Jasiński nie opuszczał rąk; skierował swe zabiegi o pomieszczenie tego księgozbioru w magazynach Biblioteki Uniwersyteckiej. Otwierała się właśnie możliwość tego wobec opróżnienia części lokalu, zajmowanej przez Archiwum Państwowe.

Wszczął więc u Władz Uniwersyteckich i Dyrekcji Biblioteki starania odnośne, uzyskał zgodę i natychmiast zakrzątnął się koło przyśpieszenia pracy katalogowania biblioteki Towarzystwa, bez zakończenia bowiem owej pracy nie można było rozpocząć przenoszenia książek. Zorganizował w tym celu pomoc młodzieży akademickiej Wydziału Lekarskiego i w końcu listopada roku ubiegłego księgozbiór Towarzystwa już był rozlokowany w jednym z magazynów Biblioteki Uniwersyteckiej.

Pomyślne załatwienie tej niezwykle ważnej sprawy zawdzięcza Towarzystwo ś. p. naszemu Prezesowi i obecnie korzystanie z księgozbioru odbywać się może bez trudności.

Nie mogę tu wyliczać wielu drobnych potrzeb Towarzystwa, które zostały zaspokojone dzięki głównie zabiegliwości i staraniom zmarłego Prezesa.

Ostatnią Jego troską w stosunku do Towarzystwa było wykorzystanie odpowiednie opróżnionego z książek lokalu. Snuł projekty bezpośredniego połączenia tego lokalu za pomocą wewnętrznych schodów z salą posiedzeń. Obłożnie już chory interesował się tą sprawą i z przejęciem wysłuchiwał projekty odnośne członków Zarządu, odwiedzających Go. Martwił się brakiem środków na zrealizowanie jednego z projektów. Tak gorąco pragnął, aby Towarzystwo swój lokal doprowadziło do jaknajlepszego stanu! Wiele trudu i zasług położył dla naszego Towarzystwa!

Wdzięczną pamięć o naszym Prezesie, który tak ofiarnie pracował śród nas i dla nas, zachowamy wiernie, a w historii Towarzystwa ta Jego praca będzie stanowiła jedną z najpiękniejszych kart.

Dr Med. LUDWIK ŁUKOWSKI.

W imieniu Wileńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego mam, niestety, bolesny zaszczyt wypowiedzieć dzisiaj kilka słów żalu nad stratą Założyciela i wielotniego Prezesa Zarządu tegoż Oddziału.

Ś. p. Prof. Wacław Jasiński wkrótce po przybyciu do Wilna, ogromnie ruchliwy i pełen inicjatywy, zorganizował nas pediatrów wileńskich w oddział Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Po utworzeniu kliniki dziecięcej liczba pediatrów w Wilnie tak wzrosła, iż ich praca naukowa nie mogła się zmieścić w ramach tutejszego ogólnolekarskiego Towarzystwa Naukowego.

To też w marcu 1924 r. Prof. Jasiński zwołał organizacyjne posiedzenie Wileńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, które zgromadziło przeszło 20 pediatrów wileńskich. Od tego czasu odbywają się comiesięczne posiedzenia Towarzystwa z referatami naukowymi i pokazami chorych dzieci. Duszą i spiritus movens tego Towarzystwa był stale Zmarły, to też bez przerwy od czasu założenia, pomimo kilkakrotnych rezygnacyj, był wybierany na prezesa Towarzystwa aż do samej śmierci. Założenie tutejszego Oddziału stanowi epokę w życiu wileńskich pediatrów, bo chociaż główny trud dostarczania prac naukowych ponosił Prof. Jasiński wraz ze swymi uczniami, jednak szlachetne współzawodnictwo pobudzało nieraz i starszych lekarzy do opracowania naukowego swoich spostrzeżeń klinicznych i pokazu ciekawych chorych. Praca w Towarzystwie Pediatrycznym była oczywiście tylko drobną cząstką ogólnej pracy naukowej i społecznej Zmarłego. O Jego pracy naukowej Żałobne Zgromadzenie usłyszy referat z innych ust. Chciałbym tu teraz choć pokrótce wspomnieć o niezmiernie rozległej pracy społecznolekarskiej Zmarłego.

Ś. p. Prof. Jasiński należał w młodości do tego zastępu lekarzy-społeczników, którzy swoją działalnością podczas niewoli musieli zastąpić brak własnych instytucyj państwowych i samorządowych i swoją własną pracą i osobistym poświęceniem choć częściowo łagodzić tragiczny los upośledzonych szerokich warstw ludności. Młodzi lekarze powojenni, przyzwyczajeni obecnie do tego, że różne sprawy społeczne lekarskie załatwia za nich biorący te sprawy do serca Magistrat albo Urząd Wojewódzki, a śmiem twierdzić, że nawet lekarze przedwojenni z innych zaborów, nie mają często pojęcia, jakie trudności trzeba było pokonywać na każdym kroku w zaborze rosyjskim, by doprowadzić do skutku jakąś inicjatywę społeczną, choćby tak

niewinną z punktu widzenia zaborców, jak sprawa zdrowia publicznego. — Nie tylko nie można było marzyć o jakiejś zapomodze ze strony władz, ale trzeba było usilnych starań, by przekonać władze zaborcze, że sprawa ta nie godzi w całość i istnienie Cesarstwa Rosyjskiego.

Otóż pomimo tak ciężkich warunków w Kongresówce przed wojną ś. p. Wacław Jasiński jest ogromnie czynny w Łodzi i Lublinie. Pracuje tu i tam w „Kropli Mleka", w Towarzystwie Kolonij Letnich, w Towarzystwie Walki z Gruźlicą, w Towarzystwie Higienicznym i w innych organizacjach społecznohigienicznych i kulturalno-oświatowych, jak Towarzystwo Krzewienia Oświaty w Łodzi, Towarzystwo Uniwersytetu Ludowego w Lublinie, Biblioteka Publiczna, Muzeum Lubelskie i wiele wiele innych, których tu nie wymienię, ze względu na to, że sprawy te nie są mi bliżej znane.

Przejdźmy teraz do działalności społecznolekarskiej Zmarłego w Wilnie na tutejszym gruncie. Bez przesady i urazy kogokolwiek mogę wypowiedzieć zdanie, że mało która Klinika wileńska wykazała tyle pracy społecznolekarskiej, co Klinika Dziecięca z inicjatywy i pod przewodnictwem zmarłego Profesora. Z dwóch stacyj opieki otwartej nad Matką i Dzieckiem, chrześcijańskiej i żydowskiej, które zastał ś. p. Profesor, liczba tych stacyj powiększyła się czasowo nawet do 12, obsługiwanych przeważnie przez asystentów Kliniki. Powstała przy tym, z inicjatywy Profesora. stacja opieki nad najnieszczęśliwszymi z nieszczęśliwych, dla skrzywdzonych przez los i własnych rodziców, dla dzieci z kiłą wrodzoną, stacja, która prosperuje dotąd, opiekując się i lecząc te dzieci, będąc zarazem kuźnią myśli i pracy naukowej. W 1927 r. powstała „Stała Delegacja" do spraw opieki otwartej nad niemowlętami. Przewodniczącym tej Delegacji był Zmarły.

Również kierownictwo i rady fachowe ś. p. Profesora w Żłobku im. Marii dla podrzutków Towarzystwa Opieki nad Dziećmi, racjonalne żywienie niemowląt według metody Pirquet'a przyczyniły się do tego, że przy pracy szeregu asystentów Kliniki powstał wzorowy zamknięty zakład dla niemowląt z minimalną śmiertelnością, najwyższą 20% rocznie, a bywały lata, że spadała nawet do 3%. Zakład ten był stawiany za przykład dla całej Polski przez rozmaite powagi lekarskie i dostojników państwowych, zwiedzających Żłobek. Tak samo rady ś. p. Profesora przyczyniły się dużo do polepszenia stanu w drugim podobnym zakładzie dla podrzutków — Domu Dzieciątka Jezus SS. Szarytek.

W Druskienikach, dzięki inicjatywie i zabiegom zmarłego Profesora, powstała przepiękna kolonia lecznicza dla dzieci, gdzie przeszło 100 dzieci podczas sezonu pod osobistym kierownictwem Profesora i jego asystentów, za minimalną opłatą, miały najlepsze warunki dla odzyskania nadszarpniętego zdrowia.

Od dziesięciu przeszło lat istnieją kursy dla przygotowania pielęgniarek dziecięcych społecznych, założone przez p. Marię Przewłocką. Od samego początku istnienia tych kursów, ogólne kierownictwo naukowe, a nawet i część wykładów bierze na siebie Prof. Jaśiński i prowadzi je niemal do samej śmierci.

Za przyczynieniem się Zmarłego zorganizowana została opieka nad noworodkami przez pediatrów w 2 zakładach położniczych: Klinice Uniwersyteckiej i szpitalu Św. Jakóba. Ś. p. Profesor Jasiński zostaje wybrany na przewodniczącego Zarządu Towarzystwa Przeciwgruźliczego w pierwszym roku jego istnienia. Zmarły przyczynia się do rozpowszechnienia w Wilnie szczepionek zapobiegawczych przeciw gruźlicy BCG u noworodków w zakładach położniczych wileńskich.

Wreszcie pod Jego przewodnictwem w 1931 roku powstaje w Wilnie Komitet do szczepień ochronnych przeciwbłoniczych, który przy małych dotacjach ze strony rządu i samorządów prowadzi wielką rzecz — uodpornienie szerokich mas dziatwy wileńskiej od plagi błonicy.

Dotychczas zbadano na wrażliwość co do błonicy 31 tysięcy dzieci, a dokonano 15 tysięcy szczepień dzieciom, uznanym za wrażliwych.

Przy tych swoich rozlicznych pracach naukowych i społecznych znajduje Zmarły jeszcze czas na popularyzację wiedzy lekarskiej w wydawnictwach ludowych i przez Radio.

Jednym słowem, możemy powiedzieć, że chyba nie było w Wilnie działu pracy lekarskospołecznej, dotyczącej choć pośrednio dziecka, by Zmarły nie brał w nim większego lub mniejszego udziału. Przy tej pracy społecznej osobiste zalety charaktaru Zmarłego, Jego dobroć, bezinteresowność, delikatność uczuć, skromność osobista, jednały Mu serca współpracowników, którzy chętnie poddawali się Jego urokowi osobistemu, pozwalając się kierować tam, gdzie ich prowadził inicjator i zwierzchnik.

To też w lutym 1934 r. zebrali się wszyscy obecni i dawniejsi współpracownicy ś. p. Prof. Jasińskiego w Klinice Dziecięcej, by skromnie ale serdecznie uczcić trzydziestolecie pracy lekarskiej kochanego

Profesora. By pozostał trwalszy ślad tego jubileuszu, złożyliśmy Mu w upominku podwójny zeszyt Pediatrji Polskiej z 22 pracami tutejszych lekarzy pediatrów.

Podczas tej uroczystości, Jubilat nie wyglądał wcale na jubilata, mającego za sobą trzy dziesięciolecia pracy: młody duchem i ciałem, pełen energji i chęci do pracy naukowej i społecznolekarskiej, zdawało się, że długo jeszcze będzie pracował dla dobra nauki polskiej i na pożytek dzieci chorych, których był prawdziwym ojcem i opiekunem.

Niestety, śmierć nieubłagana przecięła pasmo dni Jego w pełni władz umysłowych i duchowych. To też wszyscy pediatrzy wileńscy opłakujemy stratę Jego, jako naszego kierownika, mistrza i doradcę w zawiłych nieraz kwestjach naukowych i praktyczno-lekarskich.

Cześć Jego Świetlanej Pamięci!

Doc. Dr H. KAULBERSZ-MARYNOWSKA.

O działalności naukowej ś. p. Prof. Dra Wacława Jasińskiego

Działalność naukową rozpoczął ś. p. Prof. Jasiński w r. 1905 jako lekarz Szpitala Anny Marii w Łodzi. Kierownikiem szpitala był wówczas słynny pediatra Józef Brudziński. Z okresu tego datuje się 8 prac. Jedna z pierwszych prac Prof. Jasińskiego dotyczy septycznych zakażeń u noworodków. Młody naówczas, bo 24-letni intern, odważnie i trafnie wykazywał braki, panujące w piśmiennictwie lekarskim, dotyczącym noworodków. Zwrócił uwagę na częstość zakażeń septycznych u noworodków oraz na znaczenie błony śluzowej jamy ustnej i całego przewodu pokarmowego, a także i dróg oddechowych, jako organów, mogących stanowić wprawdzie nie częstsze, aniżeli rana pępkowa, ale jednak nieraz spostrzegane wrota zakażenia. Słusznie Prof. Jasiński w swej pracy podkreślił, że zbyt mało miejsca poświęca się w wykładach uniwersyteckich schorzeniom noworodków. Wskutek tego właściwe rozpoznanie bywa przez lekarzy rzadko stawiane. Wiele spraw, przebiegających u noworodków jedynie z objawami jelitowymi lub płucnymi, a także szereg przypadków wrodzonej słabości noworodków, należy przy ściślejszym badaniu uznać za septyczne. W przypadku, spostrzeganym przez Prof. Jasińskiego u

8-dniowego noworodka, wyrazem ogólnego zakażenia były ropnie na skórze, ropne zapalenie kilku stawów oraz biegunka. Za źródło zakażenia w tym przypadku Prof. Jasiński uważał jamę ustną.

Druga praca Prof. Jasińskiego, ogłoszona w r. 1906 w Łódzkim Czasopiśmie Lekarskim, omawiająca ropnie miednicowe u dzieci, jest pod względem klinicznym b. ciekawym przyczynkiem, stwierdzającym, że gruźlicze zapalenie kręgów, umiejscowione w przednich częściach trzonu, może mieć przebieg zupełnie utajony, nie dający, mimo daleko posuniętej sprawy, żadnych objawów cierpienia. Ropień opadowy poszedł w opisywanym przypadku w kilku kierunkach, ponadto doprowadził do wytworzenia przetoki do odbytnicy, co należy do b. rzadkich powikłań.

W pracy „O stosunku ciepłoty ciała wewnętrznej do zewnętrznej w różnych stanach chorobowych u dzieci", wydanej w 1907 r., a opartej na $16^1/_2$ tysiącach badań, Prof. Jasiński stwierdził, że u zdrowych dzieci różnica ciepłoty wewnętrznej i zewnętrznej waha się w granicach dość szerokich, od 0,1 do 0,7°. W większości niewyrównanych wad serca ciepłota wewnętrzna była znacznie wyższa od zewnętrznej — różnica dochodziła nieraz do 2 — 4°, wraz z poprawą stanu ogólnego różnica ta malała. W przeciwieństwie do Poczobuta Prof. Jasiński stwierdził, że wysokie liczby różnicy bynajmniej nie świadczą bezwarunkowo o niepomyślnym rokowaniu—w kilku przypadkach bowiem, gdzie różnica dochodziła do 2° lub powyżej 2°, wystąpiła trwała poprawa. Wśród 30 przypadków zapaleń wyrostka robaczkowego ciepłota wewnętrzna była przeciętnie o 0,8 — 1° wyższa od zewnętrznej, jakkolwiek zdarzały się przypadki, w których różnica w czasie ostrego napadu nie przekraczała 0.3 — 0.4°.

W nagminnym i gruźliczym zapaleniu opon m.-rdz. występował niejednokrotnie brak różnicy między ciepłotą wewn., a zewn. ciała—nieraz zaś różnica była paradoksalna.

W artykule o plamach niebieskich, znanych pod nazwą plam mongolskich, ogłoszonym w Przegl. Ped. w 1908 r., Prof. Jasiński opisuje 3 spostrzegane przez siebie przypadki — w jednym plama była usadowiona na twarzy, co należy do wielkich rzadkości.

Będąc lekarzem Szpitala Anny Marii w Łodzi, Prof. Jasiński wyjeżdżał do Wiednia, gdzie pracował w klinice prof. Eschericha. W tym czasie Pirquet ogłosił pracę o swym odczynie tuberkulinowym. Po powrocie do Łodzi Prof. Jasiński rozpoczął odnośne

badania — ustalił na dużym materjale wartość odczynu Pirqueta— a otrzymane wyniki zestawił w „Przyczynku do oceny wartości klinicznej szczepień tuberkuliny metodą Pirqueta“, drukowanym w Przeglądzie Lek. w r. 1908, a więc w rok po ogłoszeniu tej metody przez Pirqueta. Prof. Jasiński łączy się z opinią, że dodatni odczyn świadczy o gruźlicy, bądź utajonej, bądź czynnej — zaś brak odczynu albo wyłącza gruźlicę, albo też przy niewątpliwej gruźlicy jest wskazówką niepomyślnego rokowania.

Poza wyżej wspomnianymi pracami w czasie swego pobytu w Łodzi Prof. Jasiński umieszczał w Przeglądzie Pediatrycznymi dużo streszczeń pojedyńczych i zbiorowych, w których przytaczał również własne spostrzeżenia (O leczeniu zachowawczym zapaleń otrzewnej u dzieci; O drgawkach u dzieci; Dur powrotny u dzieci).

Na I. posiedzeniu I Sekcji Pediatrycznej Łódzkiego Towarz. Lekarskiego Prof. Jasiński wygłosił odczyt p. t. „Szkic rozwoju pediatrji polskiej“, a po 3 latach, gdy Józef Brudziński wyjechał z Łodzi, Prof. Jasiński został wybrany przewodniczącym sekcji. Wkrótce potem Prof. Jasiński objął ordynaturę, a po kilku miesiącach stanowisko naczelnego lekarza szpitala dla dzieci w Lublinie, które to obowiązki pełnił w ciągu 7 lat. Szpital ten był drugim po Łodzi dziecięcym szpitalem prowincjonalnym „Kongresówki“ — Prof. Jasiński zaś był pierwszym na gruncie lubelskim specjalistą pediatrą.

W Lublinie Prof. Jasiński był w znacznym stopniu pochłonięty pracą społecznolekarską, w Towarzystwie Lekarskim, którego sekretarzem był w ciągu kilku lat, przedstawiał liczne przypadki i wygłosił szereg odczytów: z nowych badań nad etiologią czerwonki, o mikromelii, o mleku białkowym i larosanie, o tasiemcach i obleńcach i t. d. Pokazy swe referował w Przeglądzie Lekarskim dla którego opracowywał stale protokóły posiedzeń Lub. Tow. Lek. Brał czynny udział w organizacji II. Zjazdu Lekarzy Prowincjonalnych w Lublinie (1914) i opracował pamiętnik tego zjazdu. Z działalności szpitala lubelskiego i prowadzonych przez siebie placówek (Towarzystwa: „Kropli Mleka“, Kolonij Letnich, Tow. Walki z gruźlicą i t. d.) ogłosił Prof. Jasiński szereg sprawozdań. Sprawozdania te nietylko przedstawiały w liczbach ruch chorych i wykaz postaci chorobowych, lecz jednocześnie wskazywały na najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa i drogi do usku-

tecznienia tych potrzeb, a tym samym przyczyniły się do istotnego rozwoju placówek pediatrycznych.

W pracy o mnogich kostniakach i chrzęstniakach kostnych, wydanej w 1915 r. w księdze pamiątkowej Uniwersytetu Warszawskiego dla uczczenia Józefa Brudzińskiego, Prof. Jasiński podaje bardzo ciekawe opisy 2 spostrzeganych przez siebie w Lublinie przypadków tego schorzenia, które łącznie z dwoma podobnymi przypadkami, opisanymi przez Brudzińskiego, były jedynymi w piśmiennictwie polskim.

Obowiązki naczelnego lekarza szpitala dziecięcego w Lublinie pełnił Prof. Jasiński w ciagu lat 7. W 1918 r. wstąpił jako ochotnik do wojska polskiego, zaś w 1921 r. po demobilizacji wyjechał do kierowanej przez prof. Gröera Kliniki Dziecięcej we Lwowie, gdzie poświęcał czas wyłącznie pracy lekarskiej i naukowej. W roku 1921/22 Prof. Jasiński ogłosił kilka prac. W jednej z nich p. t. O wahaniach miana przeciwjadu błoniczego u dzieci pod wpływem zabiegów ergotropowych, wykonanej łącznie z Mickiewiczową, Prof. Jasiński wykazał, że bodźce nieswoiste, jak naświetlanie lampą kwarcową, powodują początkowo — w godzinę po naświetlaniu obniżenie miana antytoksyn w surowicy o połowę poprzedniej wartości (faza ujemna), następnie zaś w 6 godzin później miano przeciwjadu wzrastało o 40%, które to podwyższenie ustępowało po 24 godzinach. Różne inne bodźce nieswoiste, jak zastrzykiwanie śródmięśniowe mleka i innych środków, wykazały podobny, aczkolwiek mniej wybitny, wpływ na miano przeciwjadu. Badania te są bardzo ciekawe, gdyż rzucają pewne światło na wahania odporności na jad błoniczy. Obniżenie miana przeciwjadu do zera, podobnie jak to się dzieje w ujemnej fazie opisywanego zjawiska, może być w pewnych warunkach przeważające i tym się tłumaczą wahania w usposobieniu do zakażenia błoniczego w ciągu różnych pór roku, zależne najprawdopodobniej od wpływu światła słonecznego.

W badaniach nad wpływem naświetlania lampą kwarcową na wrażliwość bólową, ogłoszonych wspólnie z Gröerem w 1922 r. w Klin. Wochenschrift, zostało stwierdzone, że natychmiast po naświetlaniu następuje zmniejszenie wrażliwości skóry na ból — trwa ono jednak krótko i już najpóźniej w godzinę po naświetlaniu powstaje nadwrażliwość bólowa, hyperalgezja, która poprzedza wystąpienie zaczerwienienia.

W pracy o rozmieszczeniu cukru, azotu resztkowego i wapnia w krwi całkowitej, osoczu i krwinkach,

ogłoszonej wspólnie z Parnasem w 1922 r. w Klin. Woch., Prof. Jasiński, przeciwstawiając się wynikom Falty i Richter-Quittnera oraz Brinkmana, stwierdza, że zawartość cukru w osoczu jest zbliżona do tejże zawartości w krwi całkowitej. Również w mianie azotu resztkowego, oznaczanym w krwinkach i w osoczu, nie stwierdził różnic. Natomiast ilość wapnia w krwinkach była zazwyczaj mniejsza, wynosiła 7.5 — 8% miana wapnia, znajdowanego w osoczu.

W przyczynku do kliniki wad wrodzonych w przełyku, ogłoszonym w P. Gaz. Lek., na zasadzie spostrzeganego przypadku wrodzonego zarośnięcia przełyku Prof. Jasiński wykazuje konieczność wczesnego zakładania stałej przetoki żołądkowej w podobnych przypadkach.

W czasie pobytu we Lwowie Prof. Jasiński przygotował do podręcznika chorób zakaźnych większe rozdziały „O robakach — O zapaleniu nagminnym przyusznicy — O odrze".

Praca Prof. Jasińskiego w klinice dziecięcej we Lwowie trwała rok — w lipcu 1922 r. został wybrany przez Wydział Lekarski U. S. B. na profesora pediatrji w Wilnie.

Po przyjeździe do Wilna Prof. Jasiński zajął się przede wszystkim pracą organizacyjną i pracą dydaktyczną. Klinika Dziecięca U. S. B. ze względu na trudności lokalne kilkakrotnie zmieniała pomieszczenie, zanim przeniosła się do obecnie zajmowanego bardziej odpowiedniego budynku. W ostatnich latach dzięki staraniom Prof. Jasińskiego klinika została znacznie rozszerzona i tym samym więcej dostosowana do potrzeb klinicznych i dydaktycznych. W 2 lata po przyjeździe do Wilna zorganizował Prof. Jasiński Kolonię Leczniczą dla Dzieci w Druskienikach, którą corocznie w letnich miesiącach osobiście kierował.

W 1924 r. założył Prof. Jasiński Wileński Oddział Pol. Tow. Pediatrycznego, którego był przez cały czas prezesem. Zachęcając do wygłaszania odczytów, pobudzał zarówno asystentów klinicznych i hospitantów kliniki, jak i lekarzy szpitalnych do pracy naukowej na polu pediatrji. Sam brał czynny udział we wszystkich zjazdach pediatrycznych i zachęcał swych asystentów do brania w nich jaknajliczniejszego udziału.

Na IV Zjeździe Pediatrów Polskich we Lwowie Prof. Jasiński w odczycie „O konieczności i sposobie ustalenia norm rozwoju fizycznego dzieci w Polsce" gorąco przemawiał za koniecznością przeprowadzenia szerokiej i planowej akcji pomiarów wśród dzieci od noworodków do 6 lat włącznie—co ułatwiłoby

niezmiernie ocenę rozwoju fizycznego dziecka. Dotychczas bowiem dla dzieci w wieku przedszkolnym posiłkujemy się normami obcymi, które są dla nas z różnych względów nieodpowiednie.

Na XIII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu w roku 1933 Prof. Jasiński wygłasza świetnie ujęty, programowy referat o leczeniu kiły wrodzonej, w którym główny nacisk kładł na konieczność zapobiegania występowaniu objawów kiły wrodzonej u dzieci (uzyskanie u matki ujemnych odczynów serologicznych conajmniej w ciągu 2 lat przed zajściem w ciążę, oraz przeprowadzenie dodatkowej kuracji w I i II połowie ciąży). Referat ten, poparty licznym i ciekawym materiałem Wileńskiej Sekcji Kiłowej dla Dzieci, wywołał duże zainteresowanie i ożywioną dyskusję.

Jednostką chorobową, której najwięcej pracy Prof. Jasiński poświęcił, jest odra. Monografia o zespole klinicznym odry, która aczkolwiek dawno napisana, wydana została na 6 tygodni przed śmiercią ś. p. Profesora, jest świetnym zestawieniem i ujęciem tej jednostki chorobowej.

Nie sposób tu jest streszczać wszystkich prac ś. p. Profesora. We wszystkich pracach, zarówno klinicznych, jak społecznolekarskich, dążył do tworzenia trwałych fundamentów pod pediatrję polską — w pracach swoich Prof. Jasiński toruje dla niej drogi — jest zawsze nauczycielem — wszędzie ujawnia wielką troskę o dobro dziecka. Ogółem Prof. Jasiński ogłosił 56 prac oraz około 50 artykułów w czasopismach higienicznych i pedagogicznych. Poza tym pozostawił prof. Jasiński kilka prac i artykułów prawie zupełnie wykończonych, a nie wydrukowanych jako też kilka prac rozpoczętych. Spostrzeżony przez Prof. Jasińskiego, a nie opisany przez innych autorów, objaw erekcyjny przy ucisku uda, występujący przy gruźliczym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, nie został również opublikowany przez Profesora.

Ostatnimi laty Prof. Jasiński pracował nad tworzeniem nowoczesnego polskiego zespołowego podręcznika chorób dziecięcych. Jak słusznie w mowie pogrzebowej, wypowiedzianej nad trumną ś. p. Profesora, wyraził się Jego przyjaciel Dr Mogilnicki, Prof. Jasiński wkładał jako redaktor tyle energii i trudów w działy opracowane przez innych autorów, że podręcznik ten śmiało można nazwać dziełem Prof. Jasińskiego. To samo możemy powiedzieć my, uczniowie Profesora. Jakkolwiek prac, podanych jako prac Profesora, jest 56, to jednak prac tych napisał znacznie więcej — około 140 — bo w każdą niemal pracę, wychodzącą z Jego kliniki wkładał

tyle trudu, że nazwisko Jego powinno było być umieszczone na pierwszym miejscu wielu prac naszych. Nie ograniczał się tylko do koniecznych poprawek, ale nieraz sam przeinaczał daną pracą. Z właściwym sobie krytycyzmem i jasnością sądu umiał odrazu dostrzegać wszelkie braki i odpowiednio je prostować. Nieraz sam tworzył nowy układ pracy i oddawał ją własnym pismem inaczej napisaną. Wobec swoich pracowników, będąc bardzo wymagający, był najlepszym ich kierownikiem, a zarazem najserdeczniejszym przyjacielem. Popierał gorąco wszelką chęć pracy naukowej i sam stale do niej pobudzał. O tych zaletach ś. p. Profesora i Jego pracy nad najbliższym Mu zespołem powie następny mówca, Dr Zienkiewicz. Mnie na zakończenie pozostaje powtórzenie zdania, wypowiedzianego przez przyjaciół ś. p. Profesora nad Jego trumną: „Profesor Wacław Jasiński dobrze zasłużył się Pediatrji Polskiej".

Dr Med. JAN ZIENKIEWICZ.

Kilka wspomnień o Profesorze Wacławie Jasińskim, jako o przełożonym.

Ś. p. Profesora W. Jasińskiego poraz pierwszy spotkałem (poza wykładami) na terenie poradni dziecięcej Ubezpieczalni społecznej w Wilnie, w roku 1926, kiedy to jako młody adept medycyny, współpracujący z d-rem W. Szuniewiczem, przyszedłem przyjrzeć się odbywającemu się konsyljum ze ś. p. Profesorem. Ujął mnie wówczas Pan Profesor, kiedy po przywitaniu zwrócił się do mnie z uśmiechem na twarzy i zapytał, czy mam zamiar poświęcić się pediatrji. Na jego zapytanie odpowiedziałem: tak, pomimo, że przez cały czas studiów uniwersyteckich miałem zamiar być chirurgiem. W tym samym też dniu zaproponował mi ś. p. Profesor pracę w swojej klinice.

Jako zwierzchnik, ś. p. Profesor był zawsze pełen powagi, a zarazem prostoty. Nigdy też nie dał nikomu wyczuć, że przecież stoi na tak wysokim szczeblu drabiny społecznej i naukowej. Ten dobry uśmiech, jaki zawsze był na jego twarzy, nie zniknął aż do ostatnich dni Jego, zawsze każdego przychodzącego do niego i wychodzącego witał i żegnał uśmiechem nawet w najcięższych chwilach swego cierpienia. Kochaliśmy też Jego wszyscy od najstarszego do najmłodsze-

go pracownika, a było za co Go kochać, bo był nam przełożonym dobrym i sprawiedliwym, był kolegą i przyjacielem nie tylko naszym, ale i rodzin naszych; żywo interesował się nietylko naszym życiem klinicznym, obchodziły Go też tak samo nasze różne troski i kłopoty prywatne, którym starał się zawsze w miarę swoich sił i możności zaradzić, to też każdy z nas zwracał się niejednokrotnie do Niego, jak do dobrego ojca po radę.

Jakim był nauczycielem i jak się troszczył nie tylko o wiedzę powierzonych sobie studentów, którym poświęcał wiele swego czasu i zdrowia, prowadząc nadliczbowe wykłady dla 5 roku oraz dla XVI trymestru, zachęcając ich do wytężonej pracy, jak troszczył się również bardzo o wiedzę swoich asystentów i zachęcał każdego z nas do wytężonej pracy! Świadczy o tym częściowo liczba prac, uwidoczniona w tym zeszycie i to, że aż trzech asystentów z Jego kliniki miało możność korzystania ze stypendiów Funduszu Kultury Narodowej w celu pogłębienia swojej wiedzy przez pobyt za granicą. W zamierzeniach Profesora nauka była zawsze na pierwszym miejscu, nigdy nie szczędził ani trudu ani też swej przebogatej wiedzy w kształceniu nieraz bardzo nieudolnych naszych umysłów. Prace nasze nieraz wychodziły po kilkakrotnym uzupełnianiu przerobione całkowicie Jego ręką. Jak dbał o to, świadczy chociażby fakt, że do ostatniej chwili swego życia drżącą już ręką, jeszcze robił korekty naszych rękopisów, zalecając nam przesłanie do odpowiednich pism.

Rok zaledwie mija, jak wszyscy Jego współpracownicy zebrani w klinice obchodziliśmy 30 letni jubileusz pracy naukowolekarskiej naszego Profesora, życząc Mu, by trwała ona jak najdłużej ku pożytkowi własnemu jak i młodej jeszcze nauce Pediatrii Polskiej. Cieszyliśmy się wówczas wszyscy niezmiernie, nie przypuszczaliśmy bowiem, że w tak krótkim czasie zmuszeni będziemy Go żegnać na wieczny spoczynek. Kochany nasz Profesorze, pozostawiłeś nas w nieutulonym żalu, odchodząc od nas w zaświaty, a chociaż ciała Twego wśród nas nie będzie, to duch Twój będzie nam zawsze przewodził i to ziarno umiłowania nauki, jakie zasiałeś w nas, będzie zawsze i wszędzie, gdziekolwiek kto się z nas znajdzie, dawało pożądane owoce.

Cześć Twojej Świetlanej Pamięci!

WYKAZ PRAC NAUKOWYCH Prof. Dra WACŁAWA JASIŃSKIEGO

1. Przypadek zakażenia ogólnego z zajęciem kilku stawów u tygodniowego dziecka oraz kilka uwag w sprawie zakażeń u noworodków. Czasopismo Lek. Łódz. 1906.
2. Przyczynek do kazuistyki ropni miednicowych u dzieci. Czasopismo Lek. Łódz. 1907.
3. Stosunek ciepłoty ciała wewnętrznej do zewnętrznej w różnych stanach chorobowych u dzieci. Czasopismo Lek. Łódz. 1907.
4. O plamach niebieskich w okolicy krzyża, znanych pod nazwą mongolskich. Przegl. Pediatr. T. I., 1908.
5. Wartość kliniczna szczepień tuberkuliny metodą Pirquet'a. Przegl. Lek. 1998.
6. Rozwój pediatrii w Polsce. Przegl. Ped. 1909.
7. O leczeniu zachowawczym zapaleń otrzewnej u dzieci. Przegl. Ped. 1909.
8. O drgawkach u dzieci, Przegl. Ped. 1910.
9. Przychodnia Ligi Przeciwgruźliczej w Łodzi (Opis i I sprawozdanie)— Łódź, 1911.
10. Szpital dla dzieci w Lublinie. Przegl. Ped. 1912.
11. Pierwsze sprawozdanie z działalności Szpitala dla dzieci w Lublinie. Przegl. Ped. 1912.
12. Drugie sprawozdanie z działalności Szpitala dla dzieci w Lublinie, Lublin 1913.
13. Trzecie sprawozdanie z działalności Szpitala dla dzieci w Lublinie. Lublin 1914.
14. O mnogich kostniakach i chrzęstniakach kostnych Księga Pam. Uniw. Warsz. Warszawa 1915.
15. Z działalności Lubelskiego Twa Walki z gruźlicą. Lublin 1916.
16. Opieka nad dziećmi w Lublinie. Lublin 1917.
17. Kropla mleka w Lublinie. Sprawozdanie Lub. T-wa Higienicznego. 1914—1918.
18. Sprawozdanie Lubelskiego Twa Lekarskiego. Przegl. Lek. 1914—1916.
19 Pamiętnik II Zjazdu Lekarzy prowincjonalnych w Lublnie. Przegl. Lek. 1914 i osobne wydawnictwo 1918.
20. W sprawie naturalnego karmienia niemowląt Pol. Gaz. Lek., Lwów 1921.
21. Wahania miana przeciwjadu błoniczego u dzieci pod wpływem zabiegów ergotropowych (wspólnie z dr. A. Mickiewiczówną) Ped. Pol. 1922.
22. Z epidemiologii i kliniki odry (wspólnie z dr. S. Progulskim), Ped. Pol. 1922.
23. Ueber die Beeinflüssung der Schmerzempfindlichkeit der Haut durch Quarzlampenbestrahlung (wspólnie z prof. F. Gröerem) Klin. Woch. 1922.
24. Ueber die Verteilung von Zucker, Restickstoff u. Calcium im Blute (wspól. z prof. Parnasem) Klin. Woch. 1922.
25. Rzut oka na rozwój pediatrii w Polsce. Ped. Pol. (Pam. I Zjazdu Ped. Polskich) 1923.
26. O czynnikach uzupełniających pożywienia) Pam. I Zjazdu Ped. Polskich), 1923.
27. Zapalenie przyusznicy nagminne. Podręcznik chorób zakaźnych. Zeszyt VIII. Lwów 1923.
28. Sprawozdanie z działalności Kliniki Dziecięcej U. S. B. w Wilnie. Ped. Pol. 1923.

29. Współudział kliniki pediatrycznej w organizacji opieki społecznej nad dzieckiem. (Pam. II Zjazdu Ped. Pol. Ped. Pol. 1924.
30. Przyczynek do kliniki wad wrodzonych przełyku. Pol. Gaz. Lek. 1925.
31. Plany i horoskopy walki z gruźlicą wczesnego okresu życia. Wil. Two Przeciwgr. Wilno 1926.
32. Kolonia lecznicza dla dzieci im. Jędrzeja Śniadeckiego w Druskienikach. Opieka nad Dzieckiem 1927.
33. Sprawozdanie lekarskie z działalności kolonii dla dzieci w Druskienikach (1924—1926) — wspólnie z dr. J. Muraszko. Opieka nad Dzieckiem 1927.
34. Zasługi Józefa Brudzińskiego na polu pediatrii Pam. Wil. Twa Lek. 1928.
35. Wpływ kąpieli solankowych na ustrój dziecka. Pam. Pol. Tow. Balneolog. 1928.
36. Rozwój i stan obecny pediatrii w Polsce. Ljecnicki Wjestnik. Karlovac 1928.
37. Prof. Dr Stanisław Trzebiński jako redaktor Pamiętnika Wil. Tow. Lekarskiego. Pam. Wil. T-wa Lek. 1930.
38. Szczepienia ochronne B. C. G. w świetle krytyki. Pam. Wil. Tow. Lek. 1929.
39. Organizacja szczepień ochronnyc'ı B. C. G. w Polsce. Pam. Wil. Tow. Lek. 1929.
40. Wartość lecznicza Druskienik i plan ich rozwoju. Księga Pam. Wojew. Białost. 1929.
41. O konieczności i sposobie ustalenia norm rozwoju fizycznego dzieci w Polsce. Pam. IV Zjazdu Ped. Polskich 1930.
42. Seweryn Sterling, profesor Wolnej Wszechnicy. Pamiętnik Wil. Tow. Lek. 1932.
43. Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego U. S. B. w Wilnie Pam. Wil. Tow. Lek. 1932.
44. Walka z odrą, jako zagadnienie społeczno-lekarskie. Pol. Gaz. Lek. 1933. (Praktyka Lekarska, z. 6).
45. Wczesne rozpoznanie i rzadsze powikłania odry. Pol. Gaz. Lek. 1933.
46. Z wycieczki naukowej za granicą Pam. Wil. Tow. Lek. 1933.
47. Leczenie kiły wrodzonej. Ped. Pol. z. III. 1934.
48. Podstawy do oceny rozwoju fizycznego dzieci. Lek. Kol. z. II. 1934.
49. Albert Calmette i Emil Roux (wspomnienie pośmiertne). Pam. Wil. Tow. Lek. z. V. 1934.
50. Zapalenie opon mózgowych i mózgu w przebiegu świnki. Ped. Pol. z. I. 1935.
51. Mumps meningitis und meningoencephalitis bei Kindern Ztsch. f. Kinderheilk. T. 53. z. 7.
52. Działalność wydawnicza Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w pierwszym stuleciu jego istnienia (1805—1905) Pam. Wil. Tow. Lek. 1936. z. I.

Wydawnictwa książkowe.

Prof. Dr WACŁAW JASIŃSKI. 53. Choroby dzieci w wieku szkolnym. — Wydawn. popularne (Bibl. Hig.) Łódź, 1907.
„ „ „ 54. Kurs Pediatrii (litografowany). Wyd.-Stow. Medyków Żydów cz. I. (str. 176), cz. II. (str. 241).

Prof. Dr WACŁAW JASIŃSKI. 55. Odra—jej przebieg kliniczny i leczenie (Polskie Monografie Pediatryczne) r. 1936.

" " " 56. Wykaz prac naukowych, wykonanych przez pracowników naukowych Kliniki Dziecięcej U. S. B.

WYKAZ PRAC UCZNIÓW ś. p. Prof. Dra W. JASIŃSKIEGO.

Dr. A. SZWAJKART. 1. Akrodynia. Ped. Pol. III. 1923.

" 2. O skórze marmurkowatej i jej znaczeniu rozpoznawczym. Ped. Pol. 1925.

Dr. J. NIEPOKOJCZYCKA. 3. Przypadek wścieklizny u 3-letniego dziecka. Ped. Pol. VI. 1926.

Dr. L. ROSTKOWSKI. 4. Przypadek rzeżączkowego zapalenia stawu łokciowego u niemowlęcia. Ped. Pol. 1926.

Dr E. GERLÉE. 5. Wyniki pracy oddziału dla niemowląt Kliniki Wileńskiej. Ped. Pol. VII. 1927.

" 6. O ropnych zapaleniach opon mózgowych u dzieci na podstawie materiału Kliniki Dziecięcej w Wilnie. Pam. Wil. Tow. Lek.

Dr E. GERLÉE i Dr. A. TRUSIEWICZÓWNA. 7. Przyczynek do schorzeń paratyfusowych u dzieci. Pam. Wil. Tow. Lek. 1931.

Dr E. GERLÉE. 8. O zachowaniu się katalazy w zdrowym i chorym ustroju. Pam. Wil. Tow. Lek. 1933.

" 9. Skurcz i zwężenie odźwiernika u niemowląt na podstawie materjału Kliniki Dziecięcej U. S. B. Ped. Pol. 1934.

Dr J. MURASZKO. 10. Sprawozdanie lekarskie z działalności kolonii leczniczej im. J. Śniadeckiego w pierwszych 3-ch latach. Opieka nad Dzieckiem. V. 1927.

" 11. Przypadek mięsaka mnogiego u dziecka 14-miesięcznego.

" 12. Półpasiec a ospówka. Pam. Wil. Tow. Lek. 1929.

" 13. Śmiertelność niemowląt m. Wilna wg. materjału Stacji Opieki. Pam. Wil. Tow. Lek. V. z. III. 1930.

Dr H. KAULBERSZ-MARYNOWSKA 14. Ropne jałowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Pol. Gaz. Lek. VII. Nr. 28.

" " 15. O niedokrwistości pochodzenia pokarmowego. Pam. Wil. Tow. Lek. III. 1927.

" " 16. Ueber eitrige aseptische meningitis. Zeitschr. f. Kinderheilkunde T. 48 z. 1.

" " 17. Przypadek meningokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych o nietypowym przebiegu. Pam. Wil. Tow. T. IV. 1928.

" " 18. Odrębności przebiegu chorób nerkowych u dzieci Pam. XIII. Zjazdu Lek. i Przyrod.

" " 19. Trichocephaliasis u dzieci i jej leczenie stowarsolem. Nowiny Lekar. 1930.

" " 20. O przebiegu odry u dzieci z płonicą i o innych zakażeniach mieszanych. Pam. Wil. Tow. Lek. VII z. 1. 2. 3.

Dr H. KAULBERSZ-MARYNOWSKA.	21. O stosowaniu surowych jabłek w leczeniu zaburzeń jelitowych u niemowląt. Pol. Gaz. Lek 19. 1931·
" "	22. Odczyn Biernackiego w płonicy i odrze. Pam. IV. Zjazdu Pediatrów Polskich 1931.
" "	23. La diète aux pommes crues. C-tes R. du VII. Congr. 1931 r.
Dr H. MARYNOWSKA wspólnie z dr. MURASZKO i BOROWSKĄ	24. Wpływ kąpieli solankowych w Druskienikach na odczyn Biernackiego. Pam. Wil. Tow. Lek. 1932.
Dr H. MARYNOWSKA	25. Sprawozdanie z VII. Kongresu pediatrów francuskich w Strasburgu. Pedj. Polska 1932.
Dr H. MARYNOWSKA i RIBADEON DUMAS, LÉVY, MIGNON	26. L'oxygenation et équilibre acide-base du nourrisson. C-tes R. de Soc. de biologie 1932.
Dr H. MARYNOWSKA wspólnie z BINET	27. La nephrite expérimentale: son syndrome humoral v. Bull de Soc. de Med. des Hôp. de Paris 1933·
Dr H. MARYNOWSKA wspólnie z BINET I MARKIEM	28 La Nephrite expérimentale b) Son syndrome humoral et son traitement. Congrés de Societés Savantes. Toulouse 1933.
Dr H. KAULBERSŻ-MARYNOWSKA	29. Notes sur la courte de neutralisation et du coeffiecient tampon des jus quelques fruits. Arch. de Physique Biol. 1933.
" "	30. Sur. quelques proprietés physico-chim. des fruits. Acta Paediatrice 1933.
" "	31. Wrażenia z pobytu w Klinikach i Szpitalach we Francji i Niemczech Ped. Pol. 1933.
" "	32. Badanie chloru we krwi Pam. XIII. Zjazdu Lekar. i Przyrod. 1933.
" "	33. Mocznica doświadczalna. Pam. XIII. Zjazdu Lekar i Przyrodn. 1933.
" "	34. Wpływ tlenu na równowagę kwasowo-zasadową Pam. XIII. Zjazd Lek. i Przyrodn. 1933.
Dr H. KAULBERSZ-MARYNOWSKA wspólnie z Dr WŁ. KIELJOTISÓWNA.	35. Odczyn Bezsonoffa i jego znaczenie w wykrywaniu awataminozy *C* u dzieci. Ped. Polska 1934.
Dr H. KAULBERSZ-MARYNOWSKA i dr. E. GERLÉE.	36. Przemiana wodnomineralna u niemowląt. Ped. Polska T. XVI.
Dr H. KAULBERSZ-MARYNOWSKA.	37. Wpływ diety jabłkowej na równowagę kwasowo-zasadową. Ped. Polska 1934.
" "	38. Przyczynek do badań chemicznych krwi w zwężeniu odźwiernika. Ped. Pol. 1934.
" "	39. Obraz cytologiczny płynu mózg-rdzen. barwionego przyżyciowo błękitem Unny. Ped. Polsk. 1934.
" "	40. Badania kliniczne i doświadczalne nad zawartością chloru i zasobu zasad we krwi. Monografia. Wilno 1935.
Dr P. LIDZKA.	41. W sprawie etiologii rumienia guzowatego u dzieci. Pam. Wil. Tow. Lek. III. 1927.

Dr. P. LIDZKA.	42. O ciśnieniu krwi w przebiegu zapaleń płuc u dzieci. Pam. IV Zjazdu Ped. we Lwowie 1931.
"	43. Układ siateczkowośródbłonkowy i jego znaczenie w klinice dziecięcej.
"	44. Z kazuistyki pneumokokowej zapaleń opłucnej u dzieci. Warszaw. Czas. Lek. 1933.
"	45. Równowaga kwasowo-zasadowa i jej znaczenie w klinice dziecięcej. Nowiny Lek. 1933.
Dr P. LIDZKA i Doc. WĄSOWSKI	46. Przypadek ostrej białaczki limfatycznej z zespołem Mikulicza. Gaz. Lek. 1933.
Dr P. LIDZKA.	47. Przypadek ostrej niedokrwistości u dziecka z aplastycznym obrazem krwi. Nowiny Lek. 1933.
"	48. Rumień guzowaty a gruźlica. Ped. Polsk. 1934.
"	49. Trzy przypadki guzów mózgu. " " "
"	50. Przyczynek do chor. Tay-Sachs'a " "
Dr P. LIDZKA i Doc. WĄSOWSKI.	51. Przyczynek do kazuistyki zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu zapaleń ucha środkowego u dzieci. Warszaw. Czas. Lek. 1933.
Dr S. GODLEWSKA - LÖWENHOFF.	52. Odczyn mastisolowy w płynach mózgowo-rdzeniowych. Pam. Wil. Tow. Lek. IV. 1928.
Dr R. MAKOWER-SZADOWSKA.	53. O znaczeniu ergosteryny naświetlanej w patogenezie i leczeniu krzywicy. Pam. Wil. Tow. Lek. IV. 1928.
" "	54. Badania nad eozynofilią u dzieci w skazie wysiękowej Pediatr. Polsk. 1934.
Dr Z. OLECHNOWICZ-ŚWIDOWA.	55. Badania nad zachowaniem się białych ciałek w odrze. „Ped. Pol. 1929.
" "	56. Recherches sur les globoules blancs dans la rougeole T. V. z. II. Revue Francaise de la Pediatrie.
Dr E. RUDÖRFEROWA.	57. Nowsze poglądy na tężyczkę u dzieci. Medycyna. 1930.
Dr J. ZIENKIEWICZ.	58. Sprawozdanie z działalności Stacji Nr. 8 (Przeciwkiłowej) w Wilnie. Opieka nad Dzieckiem. 1928.
" "	59. Odczyn Biernackiego u niemowląt z kiłą wrodzoną. Pam. Wil. Tow. Lek. T. V. 1928.
" "	60. O leczeniu stowarsolem niemowląt i dzieci obarczonych kiłą wrodzoną. Pam. Wil. Tow. Lek. T. V. 1928.
" "	61. Przyczynek do kazuistyki kiły mózgu u niemowląt. Medycyna. 1929.
" "	62. O leczeniu kiły wrodzonej w Poradni Przeciwkiłowej dla Dzieci w Wilnie. Nowiny Lek. 1929.
" "	63. Z kazuistyki ogólnego zakażenia gronkowcowego u dzieci. Ped. Pol. 1931.
" "	64. Przyczynek do kazuistyki kiły wątroby u dzieci. Nowiny Lek. 1931.
" "	65. Związki arsenowe w leczeniu kiły wrodzonej u dzieci. Warszaw. Czas. Lek. 1931.

Dr J. ZIENKIEWICZ.	66. Przyczynek do gruźlicy nerki u dzieci. Nowiny Lek. 1933.
„ „	67. Acetylarsan w leczeniu kiły wrodzonej u dzieci. Czas. Lek. 1932.
„ „	68. Przypadek ograniczonego surowiczego zapalenia opon mózgowych po nasłonecznieniu. Ped. Pol. 1933.
„ „	69. Przyczynek do tak zw. odczynu limfacytowego u dzieci. Ped. Pol. 1933.
„ „	70. Badanie nad zawartością cholesteryny we krwi dzieci zdrowych i rozmaitych stanach chorobowych. Ped. Pol. 1933.
„ „	71. Ropień mózgu u 3-miesięcznego dziecka. Nowiny Lek. 1933.
s „	72. Bismut w leczeniu kiły wrodzonej u dzieci. Ped Pol. 1934.
„ „	73. Obraz krwi u dzieci kiłowych i jego zmiany pod wpływem lecznictwa swoistego Ped. Pol. 1934.
„ „	74. Grupy krwi u matek i dzieci kiłowych i zachowanie się odczynu B.-Wass. pod wpływem leczenia swoistego w poszczególnych grupach krwi u dzieci. Medycyna Dośw. i Społecz. 1934.
„ „	75. Przyczynek do badań nad wartością szczepień ochronnych B. C. G. „Ped. Pol. 1934.
„ „	76. Przyczynek do badań nad istotą odczynu opadania krwinek u dzieci. Ped. Pol. 1934.
„ „	77. Przypadek nowotworu złośliwego u dziecka z obrazem krwi i przebiegiem klinicznym zbliżonym do choroby Biermer'a. Ped. Pol. 1934.
Dr J. ZIENKIEWICZ i Dr. M. CHMIELEWSKI.	78. Przypadek białactwa u 7-ioletniej dziewczynki Ped. Pol. 1934.
Dr J. ZIENKIEWICZ.	79. Schorzenie układu nerwowego u dzieci w przebiegu kiły wrodzonej. Pam. Wil. Tow. Lek. Rok XI. z. VI.
„ „	80. Próby wywołania odporności przeciwkrztuścowej u królików. Ped. Pol. T. XVI.
„ „	81. Zachowanie się białka i frakcji białkowych w surowicy krwi u dzieci w przebiegu różnych spraw chorobowych. Ped. Pol. T. XVI.
Dr WŁ. KIELJOTISÓWNA i Dr E. GERLÉE.	82. Przypadek ropnego ograniczonego zapalenia opłucnej wywołanego przez prątek duru rzekomego. Ped. Pol. 1934.
Dr E. ISZORA.	83. Przypadek Myositis toxica scarlatinosa. Ped. Pol. 1934.
Dr BIKUS-BOROWSKA.	84. Urticaria pigmentosa perstans. Ped. Pol. 1934.
Dr A. TRUSIEWICZÓWNA.	85. Kilka uwag dotyczących trybu życia i doboru dzieci na Kolonii Leczniczej im. Jędrzeja Śniadeckiego w Druskienikach. Ped. Pol. 1934.

Dr J. ZIENKIEWICZ. 86. O miąższowym zapaleniu rogówki u dzieci z kiłą wrodzoną. Ped. Pol. 1936.

" " 87. Przyczynek do mikroskopowego wykrywania laseczników gruźliczych we krwi. Pam. Tow. Lek. 1936.

" " Profilaktyka i leczenie kiły wrodzonej. Podręcznik Pediatrii T. I. 1936.

Prof. Dr. W. JASIŃSKI i Prof. Dr. T. WĄSOWSKI.

O pierwotnej róży gardła.

(spostrzeżenia z praktyki, zestawione w r. 1935).

Róża gardła nie należy do cierpień naogół często notowanych (Finder, Nobecourt, Boulanger-Pilet). Knichowiecki, omawiając 33 przypadki róży u dzieci, nie widział ani razu umiejscowienia sprawy chorobowej w gardle. Róża gardła najczęściej bywa powikłaniem róży twarzy, nieraz jednak występuje jako schorzenie pierwotne. Schönlein, opisując tę jednostkę chorobową (r. 1832), daje jej nazwę „angina erysipelacea". Co do sposobu powstawania choroby, to w czasach obecnych utrwaliło się pojęcie, że przyczyną róży gardła bywa przeniknięcie drobnoustrojów przez drobne obrażenia błony śluzowej jamy ustnej lub gardła (Gerhardt). Niekiedy róża zjawia się po operacji w nosie lub gardle, jak np. po wyłuszczeniu migdałków (Miller, Loemmle). Główną rolę w powstawaniu róży odgrywają paciorkowce, jednak spotykano również gronkowca złocistego, a nawet pneumokoki, aczkolwiek te ostatnie częściej powodują schorzenia gardła o innym charakterze i przebiegu.

Choroba rozpoczyna się nagle wysoką gorączką, dochodzącą do 40^0 i wyżej, dreszczami, złym stanem ogólnym. Występują mocne bóle gardła, zwłaszcza przy połykaniu, nieraz dochodzi do prawdziwej dysfagii, zjawia się silny ból głowy, niepokój, bezsenność. Gardło jest mocno czerwone, nawet porpurowe, błona śluzowa błyszczącą, występuje ostra granica miejsc nacieczonych zapalnie od otaczających tkanek. Nieraz widzimy także znaczny obrzęk języczka. Gruczoły na szyi zwykle bywają powiększone, bolesne. Choroba przeciętnie trwa od 3 do 8 dni, ciepłota zazwyczaj przebiega jako febris remittens, ze spadkami rannemi.

Na czerwonej nacieczonej błonie śluzowej gardła mogą się zjawiać drobne pęcherzyki z płynem surowiczo-krwawym, nieraz proces

chorobowy przechodzi na jamę nosowo-gardłową, nos i na skórę twarzy, albo przez trąbkę Eustachiusza na ucho (Finder), bądź wreszcie ku dołowi — na krtań.

Rokowanie w przypadkach pierwotnej róży gardła bywa naogół pomyślniejsze od róży wtórnej, w której proces chorobowy przeszedł na gardło ze skóry twarzy (Jochmann). Notowane są jednak przypadki śmiertelne wskutek następczego zakażenia ogólnego (Jachontow, Potapoff), albo przy przejściu sprawy na krtań i obrzęku głośni.

W roku ubiegłym mieliśmy możność obserwowania trzech przypadków róży gardła w jednej rodzinie o dość charakterystycznym przebiegu cierpienia. Rodzina ta składa się z 7 osób: rodziców i 5 dzieci — 3 córek (15 l., 12 l., 8 l.) i 2 synów (14 l., 4 l.). 6 stycznia r. ub. zachorował starszy syn na różyczkę z obfitą wysypką na skórze i z objawami silnego kataru nosa i nieżytu spojówek. Cierpienie po paru dniach minęło, natomiast w tym czasie u młodszego syna wystąpiło mieszkowe zapalenie migdałków, które po 3-ch dniach przeszło bez powikłań; 12 stycznia zapadła na ciężką anginę najstarsza córka. T — 38^0 rano, 39^0 wieczorem, bardzo mocne bóle gardła, przełykanie utrudnione. Bezsenność, wybitny ból szyi i karku. Gardło silnie zaczerwienione, okolica migdałków, łuków, podniebienia miękkiego nacieczona, języczek obrzmiały, widać ostrą granicę pomiędzy obrzmieniem a otaczającymi tkankami. Błona śluzowa błyszczy. Gruczoły na szyi z obu stron macalne, wybitnie bolesne na dotyk. Narządy wewnętrzne bez zmian. Zastosowano trzykrotnie (codziennie) panodynę. Po trzech dniach choroby ciepłota spadła, przełykanie stało się łatwiejsze, obrzmienie i zaczerwienienie gardła zaczęło ustępować. 17.I nowy podskok t^0, występują objawy różyczki.

W tym samym czasie (13.I) starszy syn, który przebył różyczkę, zachorowuje na anginę przy podobnych objawach: T^0 w granicach 38 — 39^0, przełykanie niemożliwe, ból gardła, bolesność szyi przy poruszaniu głowy; gardło czerwone, błona śluzowa z połyskiem, ostra granica pomiędzy zapalnie zmienioną śluzówką gardła a otoczeniem. Zastosowano domięśniowo panodynę, lecz bez skutku. Objawy ze strony gardła uległy nasileniu, wystąpiło jednocześnie zatkanie nosa, bóle w jamie nosowo-gardłowej, bóle przy połykaniu wzmogły się. Zaczerwienienie w gardle rozszerzyło się na tylną ścianę, zjawiło się mocne obrzmienie podstawy nagłośni. Ogólny stan ciężki, t^0 powyżej 39^0, akcja serca przyśpieszona. Rozpoznano pierwotną różę gardła. Ósmego dnia choroby zastosowano domię-

śniowe zastrzyknięcie 2 cm³ propidonu. Nazajutrz ciepłota podniosła się do 40°, zjawiły się dreszcze, miejscowo wystąpiło nacieczenie w okolicy zastrzyku, które po 2 dniach, rozszerzając się, przekroczyło granicę pośladka i przeszło na okolicę lędźwiową. Nacieczenie to posiadało ostrą, wzniesioną nieco granicę, na czerwonej skórze gdzieniegdzie widoczne były drobne pęcherzyki z płynem surowiczym. Wyglądem swym odczyn skóry nie odpowiadał temu, co przyzwyczailiśmy się widzieć jako odczyn zapalny po domięśniowym stosowaniu szczepionki, a był typowy dla róży. Wobec obawy rodziców przed dalszymi zastrzykiwaniami stosowano tylko miejscowe leczenie i środki nasercowe. Zmiany w gardle, które z chwilą wystąpienia róży na skórze jakby się nieco wzmogły, po kilku dniach zaczęły słabnąć, najpierw znikło obrzmienie krtani, potem stało się możliwszym połykanie, wreszcie naostatku zaczęły ustępować objawy ze strony jamy nosowo-gardłowej i nosa. Róża skóry powoli zmieniała umiejscowienie, jednak już po 4 dniach zaczęła słabnąć i po 6 dniach od wystąpienia zupełnie znikła. Bóle i zaczerwienienie śluzówki trwały jeszcze przez kilka dni nawet po zupełnym spadku ciepłoty.

W czasie największego nasilenia choroby syna, tj. 17.I zachorowuje na anginę ojciec. Objawy te same co u syna, wygląd gardła podobny: mocne zaczerwienienie podniebienia miękkiego, łuków, tylnej ściany, odgraniczone ostro od otaczających tkanek, obrzęk języczka. Gruczoły na szyi powiększone, bolesne. Połykanie bolesne, utrudnione. Nasilenie objawów było stosunkowo nieduże i już po 3 dniach ciepłota spadła, zaczerwienienie gardła zaczęło ustępować. Po kilku dniach jednak zjawiły się bóle w okolicy odbytu i badanie chirurgiczne wykazało obecność ropnia, który musiano otworzyć operacyjnie.

We wszystkich trzech przypadkach mieliśmy do czynienia z podobnym cierpieniem, za czym przemawia jednakowy początek choroby i typowy wygląd gardła — ostro odgraniczone nacieczenie zapalne okolicy cieśni gardłowej, błyszcząca błona śluzowa, zjawienie się na niej drobnych pęcherzyków z płynem surowiczym i surowiczo-krwawym, charakter ciepłoty, obrzęk gruczołów. Wreszcie wystąpienie ropnia przerzutowego w jednym przypadku, a typowej róży skóry w miejscu wstrzyknięcia propidonu w drugim, każą nam odnieść cierpienie we wszystkich trzech przypadkach do pierwotnej róży gardła. Okres wylęgania róży, jak można wnosić z porównania naszych przypadków, wynosił około 4 dni.

Wymaga podkreślenia fakt umiejscowienia sprawy chorobowej w cieśni gardła bez przejścia procesu zapalnego na skórę twarzy, jak

to bywa najczęściej. Również zasługuje na uwagę wystąpienie typowej róży skóry w miejscu wstrzyknięcia propidonu. Propidon często bywa stosowany z powodzeniem w leczeniu róży. Dobre wyniki takiej kuracji podaje Knichowiecki, przy czym zaznacza on, że z pośród 22 przypadków róży u dzieci, leczonych propidonem, ani razu nie widział żadnego miejscowego odczynu po wstrzyknięciu. Odczyn ogólny bywał zwykle mocno zaznaczony, co dało się zauważyć również i w naszym przypadku.

Prof. Dr. W. JASIŃSKI et Prof. Dr. T. WĄSOWSKI.

Les auteurs relatent 3 cas de l'érysipèle primitif du pharynx.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.
Kierownik † Prof. Dr. *Wacław Jasiński*.

Podali:
EUGENIUSZ GERLÉE i WŁADYSŁAWA KIELJOTISÓWNA.

O zatruciach pokarmowo-zakaźnych u niemowląt.

Przystępując d6 opracowania materjału, dotyczącego 171 przypadków ostrych zaburzeń żołądkowo-kiszkowych u niemowląt leczonych w Klinice Chorób Dziecięcych U. S. B. za okres od 1925 roku do 1934 roku, mieliśmy na celu wyprowadzić pewne dane statystyczne co do częstości tego schorzenia w zależności od pory roku, płci, wieku, poprzedniego sposobu karmienia, oraz stanu poprzedniego odżywiania. Również uwzględniamy ilość i jakość powikłań w przebiegu tych stanów chorobowych i zachowanie się obrazu krwi. Nie probujemy zabierać głosu w sprawie etiologii i patogenezy zaburzeń żołądkowo-kiszkowych na podstawie własnych obserwacji, chcemy jednak przed przytoczeniem powyższych danych słów kilka powiedzieć o istniejących obecnie poglądach na istotę tego cierpienia, ponieważ leczenie prawidłowe, dietetyczne i farmakologiczne może być wówczas skuteczne, jeśli bliżej zapoznamy się ze zmianami, istniejącymi w ustroju w czasie zatrucia pokarmowego.

Dlaczego właściwie wyłącznie niemowlęta zapadają na zatrucia pokarmowe? Odpowiedź na to znajdujemy przede wszystkim w tym,

że organizm dziecięcy ma pewne odrębne cechy fizjologiczne jemu tylko właściwe, a odróżniające go od organizmu dorosłego. Jest on łatwo wytrącany z równowagi rozmaitymi czynnikami charakteru pokarmowego w sensie przekarmiania lub niedokarmiania, rozmaitymi zakażeniami jelitowymi i pozajelitowymi, jak również nie pozostają tu bez wpływu czynniki higieniczne (przegrzewanie). Organizm niemowlęcy odznacza się prócz tego znaczną chwiejnością regulacji ciepła, niedostateczną sprawnością gospodarki wodnej i łatwością uszkodzenia organów miąższowych. Do tego dochodzi jeszcze wzmożona przepuszczalność ścian jelita w wieku niemowlęcym; im niemowlę jest młodsze, tym przepuszczalność ta jest większą. Tłumaczy się to częściowo budową anatomiczną ścianki jelita, która bogata jest w liczne szerokie przestrzenie chłonne, natomiast uboga jest w gruczoły, więc sama budowa anatomiczna sprzyja łatwemu wchłanianiu się. Tą właściwością, jak również wzmożoną przepuszczalnością możemy poniekąd tłumaczyć częstość zaburzeń w odżywianiu, które możemy uważać za odczyn na przenikanie szkodliwych substancji do organizmu.

Najczęściej ostre zaburzenie odżywiania powstaje u niemowląt już poprzednio nie zupełnie zdrowych, dłuższy lub krótszy czas mających lekkie zaburzenia z biegunkami, lub u niemowląt, mających jakiegoś innego rodzaju schorzenia. Na tle tego, zazwyczaj dość niewinnego schorzenia, występują nagle ciężkie objawy ostrego zatrucia pokarmowego, charakteryzujące się ciężkim stanem ogólnym, prowadzącym do b. szybkiego wysychania organizmu. Z objawów klinicznych na plan pierwszy występują uporczywe wymioty i biegunki, suchy język, wkrótce potem zapada się ciemiączko i gałki oczne; skóra staje się blado-szarawą, pozbawioną swej zwykłej elastyczności, następuje najczęściej gwałtowny spadek wagi, zamroczenie coraz bardziej postępuje, zjawia się duży oddech, tętno staje się drobnym i ledwo wyczuwalnym i jako b. niepokojący objaw zmniejszają się klinicznie wymiary serca i roentgenologicznie cień serca, pierwszy ton staje się głuchy, lub zupełnie niesłyszalny, ciśnienie krwi spada i następuje śmierć.

Wszystkie powyższe objawy nie zostają bez wpływu na równowagę kwasowo-zasadową. Część objawów, spotykanych przy tym cierpieniu, wpływa na przesunięcie równowagi kwasowo-zasadowej w kierunku kwaśnym, część zaś w kierunku alkalicznym. Marfan i Dorlencourt, Ribadeau-Dumas i Mayer stwierdzili znaczne zwiększenie parowania wody przez płuca w zatruciach niemowląt.

Woda parując nie unosi z sobą soli, wskutek czego ilość chloru w ustroju stosunkowo wzrasta. Temu wzrostowi chloru przeciwstawia się utrata chloru drogą pokarmową (wymioty i biegunki). Zależnie od przewagi tych lub innych czynników może wystąpić kwasica z hyperchloremią lub alkaloza z hypochloremią, zaś przy jednakowym działaniu czynników, powodujących wzrost chloru lub jego zmniejszenie, zawartość chloru we krwi może być zupełnie prawidłowa. To też wyniki badań krwi w zatruciach niemowląt nie przedstawiają się jednolicie i nie można ich zaliczyć do jednej grupy zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej. Boyd, badając surowicę 11 niemowląt z zatruciem, stwierdził mniejwięcej w połowie przypadków hypochloremię, w połowie zaś liczby chloru normalne lub wyższe od normy. W przypadkach Phelizot przy odwadnianiach, spowodowanych zakażeniem, występowało zwiększenie ilości chloru we krwi, o ile odwodnieniu nie towarzyszyły większe zaburzenia ze strony jelit, w przypadkach zaś z wybitnymi zaburzeniami trawiennymi występowała hyper-normo lub hypochloremia, zależnie od tego, czy przeważało wydzielanie wody przez płuca, czy przez przewód pokarmowy. Kaulbersz-Marynowska wśród 30 przypadków zatrucia zakaźno-pokarmowego u niemowląt, badanych w klinice dziecięcej U. S. B., stwierdziła w 60% zwiększenie poziomu chloru w krwinkach oraz w 47% wzrost wskaźnika chlorowego. (Wzrost wskaźnika chlorowego t. j. stosunku chloru w krwinkach do chloru w osoczu powyżej 0,50 przemawia w-g Ambarda za kwasicą, zaś zmniejszenie poniżej 0,50 za alkalozą). Jako częściej występującą w zatruciach niemowląt zmianę składu chemicznego krwi Kaulbersz-Marynowska stwierdzała obniżenie zasobu zasad (w 87% spostrzeganych przypadków) oraz wzrost poziomu mocznika (100%).

To podwyższenie ilości mocznika w zatruciach niemowląt nie było spowodowane hypochloremią, gdyż występowało niezależnie od miana chloru we krwi. Również zmniejszenie zasobu zasad w zatruciach nie jest wyłącznie zależne od zwiększenia kwasu solnego w organizmie, ale prawdopodobnie też i od nagromadzenia kwasów organicznych, za czym przemawiają badania Csapo i Kerpel-Froniusa.

Przyczyną zwiększenia mocznika we krwi jest bądź zmniejszenie wydalania moczu, bądź zmniejszenie zdolności zagęszczania mocznika w moczu lub obiedwie przyczyny równocześnie. Zmniejszone wydalanie mocznika z moczem powoduje jego zatrzymanie w ustroju, a w związku z tym podwyższenie jego miana we krwi. Krew ulega przy tym zagęszczeniu, ilość jej znacznie się zmniejsza, pojawia się



anhydremia i oligemia, często występuje hyperglikemia. Równocześnie stwierdzamy nieraz w moczu albuminurię, cylindrurię i glikozurię. Upośledzenie czynności nerek w stanach zatruć niemowląt jest w pierwszej mierze spowodowane wysychaniem (exsiccatio), które jest zjawiskiem nieodłącznie towarzyszącym temu ciężkiemu schorzeniu.

Już Czerny w końcu ubiegłego stulecia powiedział, że utrata wody poza pewną granicą prowadzi do niebezpieczeństwa, przy tym szybkość, z jaką organizm traci wodę, ma b. duże znaczenie; im prędzej ta utrata następuje, tym niebezpieczeństwo jest większe. Finkelsztejn, Marriot, Bessau i Heim John również przypisują wysychaniu jedno z pierwszych miejsc w powstawaniu zatrucia. Wysychanie i zatrucie są to dwa równoległe procesy, wzajemnie się nasilające. Wysychanie wzmaga przepuszczalność otoczki komórki, dowodem czego jest zabarwienie mózgu fuksyną tam, gdzie było wysychanie, i brak zabarwienia, gdzie go nie było (doświadczenie Bessaua i Rozenbauma). Ta wzmożona przepuszczalność powoduje, że pewne substancje normalnie, nie przechodzące przez otoczkę komórki, zaczynają przechodzić i zatruwają organizm. Wysychanie toruje więc drogi, którymi jady bakteryjne, czy jady przemiany materii białkowej aminy, wnikają do organizmu.

Wysychanie poza tym sprzyja zatruciu, bo zmniejsza odporność komórki, tak że u zwierząt, zakażonych nawet niedużą dawką ziarniaków, w ciągu kilku godzin następuje śmierć bez specjalnych zmian ze strony organizmu; natomiast u zwierząt zdrowych ta sama dawka wywołuje tylko ropnie. Z tego wynika, że w stanach wysychania nawet banalna infekcja może powodować zejście śmiertelne.

Wysychanie jest niezbędnym warunkiem powstawania zatrucia, jednakże wszystkich objawów zatrucia wysychaniem wytłumaczyć nie możemy; przy innych sprawach chorobowych, jak np. zwężenie odźwiernika, mamy również utratę wody, jednakże objawów takich, jak przy intoksykacji, nie obserwujemy. Więc prawdopodobnie muszą tu zachodzić jakieś głębsze zmiany koloidalnochemiczne w samej komórce, które prowadzą do zaburzeń przemiany międzykomórkowej, i jako skutek zachwiania normalnej funkcji komórki powstaje zaburzenie przemiany wodnej, białkowej, węglowodanowej i innych. Nie ulega, zdaje się, żadnej wątpliwości, że istnieje ścisły związek pomiędzy ciężkością objawów toksycznych, a głębokością zmian zaszłych w komórkach organizmu.

Wysychanie podczas zatrucia powstaje nie tylko przez wzmożenie perspirationis insensibilis (przeziewu niewidocznego), nadmierne biegunki

i wymioty, lecz również i przez to, że pozostała w organizmie woda jest tak mocno związana przez komórki, prawdopodobnie tkanki łącznej, że nie może służyć do użytku do rozporządzenia całego organizmu; dopiero w okresie zdrowienia uwalnia się i może być wówczas zużytkowana. Zachodzą tu prawdopodobnie jakieś procesy koloidalnochemiczne o charakterze nieprawidłowym, które w okresie zatrucia wiążą tą wodę w komórkach (nie jest rozstrzygnięte w jakich), a w okresie zdrowienia znowu ją uwalniają. Wysychanie więc jest spowodowane nie tylko utratą wody, ale również i nieprawidłowym jej rozmieszczeniem w organizmie. Ze spadku więc wagi nie zawsze możemy jeszcze sądzić, ile ustrój stracił wody z obiegu; ubytek wagi może być nieduży, natomiast duża ilość wody może być wycofana z normalnego obiegu i nieprawidłowo związana; ustrój, pomimo że ma w sobie dostateczną ilość wody, nie może nią rozporządzać, nie może jej wykorzystać i zatruwa się. I powrót do zdrowia zależny od tego, czy w komórce zaszły zmiany odwracalne, czy nieodwracalne. Przy tych ostatnich powrót do stosunków normalnych jest niemożliwy.

Na zasadzie powyższego Orgler dzieli spostrzegane przez siebie przypadki kliniczne na dwie grupy. Do pierwszej grupy zalicza te niemowlęta, które jeszcze w okresie spadku wagi zaczęły wyzbywać się objawów zatrucia; do drugiej grupy zalicza takie niemowlęta, które objawy zatrucia zaczęły tracić w okresie podniesienia się wag. i u których pomimo następnego spadku poza granicą pierwotnej wagi objawy zatrucia nie powróciły. Według Orglera te niemowlęta z pierwszej grupy, tracąc na wadze, mogły się wyzbyć objawów zatrucia, bo wody w organizmie było w dostatecznej ilości, tylko jej rozmieszczenie było nieprawidłowe; w okresie poprawy, gdy stosunki zaczęły wracać do normy i woda znajdująca się w organizmie mogła być zużytkowana, wystarczyła ona do usunięcia objawów zatrucia, pomimo że organizm spadał na wadze, tracąc jeszcze wodę innymi drogami. U niemowląt zaś drugiej grupy, u których objawy zatrucia ustąpiły w okresie podniesienia się wagi i potem pomimo następnego spadku wagi nie wróciły, następowała wg Orglera przy podniesieniu się wagi i podawaniu wody poprawa procesów koloidalnochemicznych w organizmie. Woda, będąca przedtem nieprawidłowo związana, uwalnia się i ta uwolniona woda, wystarczając organizmowi, pokrywając jego zapotrzebowanie w danej chwili, wypycha wodę wprowadzoną z zewnątrz i następuje wskutek tego spadek wagi, ale objawy zatrucia już nie wracają.

Również staje się zrozumiałym, dlaczego niektóre niemowlęta nawet przybierając na wadze, nie mogą wyzbyć się objawów zatrucia, bo te zmiany, które zaszły w nieprawidłowym wiązaniu wody, nie wróciły jeszcze do stosunków normalnych pomimo przybytku wagi.

Jako skutek wysychania i nieprawidłowego rozmieszczenia wody w organizmie powstaje zagęszczenie krwi (anhydremia) i zmniejszenie ilości krwi krążęcej (oligemia). Zmiany te w następstwie prowadzą do niedostatecznego wypełniania serca, ilość krwi wyrzutowej podczas skurczu zmniejsza się, objętość serca również] się zmniejsza. Klinicznie objawy te, jak już wspominaliśmy, zaznaczają się zmniejszeniem granic serca wypukowo i zmniejszeniem cienia serca roentgenologicznie, jak również osłabieniem lub zniesieniem pierwszego tonu. Jako dalszy spadek zmniejszenia krwi krążącej następuje niedostateczne zaopatrywanie komórek w tlen, dochodzi do zaburzeń procesów oksydacyjnych, których wynikiem jest hypoksemia, lub anoksemia tkanek. Jako dalszy skutek powstaje kwasica, przy której krew traci zdolności wiązania tlenu. Kwasica w zatruciu zależy więc nie tylko od utraty alkalij, ale i od utraty wody drogą oddechową; w dużej mierze powstaje ona wskutek zaburzeń procesów utleniania. Anoksemia więc i kwasica są ściśle z sobą związane i wzajemnie się nasilają. Trzeba więc walczyć z anoksemią, żeby zmniejszyć kwasicę; ale zmniejszając kwasicę podawaniem alkalij, tym samym walczymy i z anoksemią, bo krew pod wpływem alkalij nabiera zdolności wiązania tlenu, wraca do swego normalnego koloru.

Duży oddech jest również częściowo wyrazem samoobrony organizmu, celem jego jest usunięcie jaknajwiększej ilości CO_2 z organizmu, a tym samym zmiejszenie istniejącej kwasicy, spowodowany zaś jest przez podrażnienie ośrodków oddechowych mózgu, przeto uważany być może za zjawisko pochodzenia mózgowego. Z drugiej zaś strony duży oddech, powodując coraz to większą utratę wody drogą płuc, pogarsza stan chorego.

Schiff utożsamia zmiany spostrzegane przy zatruciu do zmian spostrzeganych przy wstrząsie. Uważa on, że tak samo jak jady przy wstrząsie, tak i jady przy intoksykacji, wskutek utraty zdolności odtruwającej wątroby, przedostają się do krwiobiegu i wpływają na ściankę naczyń włosowatych w ten sposób, że staje się ona bardziej przepuszczalną, plazma krwi zaczyna przechodzić do tkanek i jako skutek następuje zagęszczenie krwi i wszelkie objawy z tym zagęszczeniem i zmniejszeniem krwi związane. Poza tym jady te również

wpływają paraliżująco na kurczliwość naczyń włosowatych, prowadząc do obniżonego ciśnienia krwi i zastoiny.

Zatrucie jest skutkiem wysychania, ale zmiany procesów kolo-idalnochemicznych, które przy tym zachodzą, nie tylko prowadzą do zmian w rozmieszczeniu wody, lecz również do zmian w organach, których dotyczą, przy czym każdy organ reaguje w inny sposób i w inny sposób uczestniczy w tej chorobie, a nawet nietylko każdy organ, ale każda tkanka, z której zbudowany jest dany organ. Takim organem. w którym zawsze przy intoksykacji znajdujemy ciężkie zmiany anatomiczne, jest wątroba. Wątroba odgrywa olbrzymie znaczenie w organizmie ludzkim, jest ona siedliskiem przemiany węglowodanowej, regulatorem cukru we krwi, w niej odbywają się dezamidacja aminów i tworzenie się mocznika, poza tym najważniejszą i charakterystyczną jej własnością jest odtruwanie odpadków przemiany materii. Żyły wątrobowe posiadają w swoich początkach tamy mięśniowe (wykryte przez Picka, Molitora), które wywierają duży wpływ na wymianę wodną pomiędzy krwią i tkankami i mogą wpływać na wyciśnięcie wody zawartej w koloidach krwi do limfy i tym samym wpływać na tworzenie się limfy; reguluje więc ona ciśnienienie krwi i wogóle równowagę fizyko-chemiczną w organizmie. Wiemy, że regulatorami chemizmu całego organizmu są gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu, którym podporządkowany jest system wegetatywny. Opierając się na tym Heim Paul wysunął przypuszczenie, że większość objawów, powstałych przy zaburzeniach odżywiania u niemowląt, możemy tłumaczyć wpływem nadnercza i trzustki, jako regulatorów funkcji wątroby. Tamy wątrobowe bowiem są pod wpływem sympatycznego i parasympatycznego układu, zamykają się one pod wpływem insuliny i hypertonicznych rozczynów soli, nerwem zaś działającym jest tutaj n. błędny. Otwierają się zaś pod wpływem adrenaliny i hypertonicznych rozczynów soli, nerwem zaś tych czynności jest n. współczulny. Jeżeli więc tamy wątrobowe są otwarte, wątroba jest wówczas zmniejszona, prąd krwi zaczyna przez nią szybko przepływać, wątroba nie nadąża wypełnić swej funkcji odtruwającej i do krwiobiegu trafiają substancje szkodliwe, trujące, które wywołują objawy zatrucia. Jasnym się staje wobec tego, że mała wątroba podczas intoksykacji jest objawem klinicznie niepomyślnym.

Kramer, Bessau i Grimm, a po nich Mogwitz znajdowali u niemowląt z intoksykacją zwiększoną ilość cukru i zwiększoną ilość adrenaliny we krwi, przy tym zawsze znajdowali b. małą wątrobę, która po wprowadzeniu dożylnym insuliny natychmiast się powiększała,

Odwrotnie, przy wstrzykiwaniu $^1/_{10}$ mg adrenaliny dożylnie u niemowląt z dekompozycją występowały natychmiast gwałtowne objawy zatrucia. Na podstawie tych spostrzeżeń Heim uważa, że intoksykacja jest hyperfunkcją systemu adrenalinowego i hypofunkcją systemu insulinowego. Pomiędzy otwarciem tam wątrobowych a objawami zatrucia bez wątpienia istnieje pewien związek.

Z powyżej przytoczonych danych widzimy, jak głębokie zmiany powstają wskutek wysychania w organizmie. To też Marriott uważa że wysychanie jest jedynym i wyłącznym czynnikiem zatrucia; prowadzi ono do kwasicy, która wywołuje cały obraz chorobowy. Jednakże badania doświadczalne Bessaua, Rozenbauma, Schiffa, Finkelsteina, Kramara i innych dowiodły, że sam brak płynu nie wystarcza do wywołania zespołu intoksykacji, do tego jest jeszcze potrzebny dowóz białka lub endotoksyn. Wysychanie toruje tylko drogi, którymi te substancje trujące trafiają do organizmu. Jakiego rodzaju są te trujące substancje, które dzięki wzmożonej przepuszczalności przy wysychaniu trafiają do organizmu? Co do tego, zdania autorów są podzielone. Większość przypuszcza (Schiff, Moro), że działanie trujące na organizm wywierają produkty nieprawidłowego bakteryjnego rozkładu białka, mianowicie aminy i peptydy. Przypomnieć tu musimy, że przy spalaniu węglowodanów i tłuszczów powstaje kwas węglowy i woda, którą ustrój może w razie potrzeby zużytkować do wydalania produktów rozpadu nazewnątrz; przy spaleniu zaś białka, wody nie mamy, a cząsteczki, na które rozpada się białko potrzebują dużo wody do ich usunięcia. Białko, nie znajdując wody dostarczonej z zewnątrz, zaczyna ją odciągać od komórek, co prowadzi do zmian w ciśnieniu osmotycznym i wzmaga wysychanie. Białko więc podnosi zapotrzebowanie wody w organizmie i na tle, wysychania może wywołać objawy zatrucia (Kramar). To też przy intoksykacji chodzi głównie nie o stosunek wody do suchych części pokarmu, ale o stosunek wody do ilości białka.

Inni znowu własności trujące przypisują *b. coli* i jej toksynom, opierając się na tem, że jelita cienkie, zwykle jałowe, przy intoksykacji są zainfekowane przez *b. coli.* Również w dwunastnicy i nawet w żołądku, o ile kwasota nie jest zbyt duża (Scheer), spotyka się w zatruciach *b. coli.* Są to bakterje endogenne, ktore z dolnych odcinków przywędrowały do odcinków górnych jelit. Do tych samych wyników, co Moro na zwierzętach, doszli Bessau i Scheer na niemowlętach żyjących, pobierając sondą treść z dwunastnicy i żołądka i siejąc ją na odpowiednich podłożach. W dalszych swych pra-

cach Scheer przekonał się, że tym sposobem wydobyte szczepy *b. coli* są patogenne dla niemowląt i wywołują zatrucie, a wypróbowując na myszach działania tej bakterji, przekonał się, że szczepy te są bardziej zjadliwe od szczepów, wyhodowanych ze stolców tych samych niemowląt. Bakterje te (Bessau, Moro, Schiff), wywołując fermentację, działają szkodliwie na nieprzystosowaną do tego błonę śluzową górnych odcinków jelit, uszkadzają jej zdolności wchłaniające, a uszkadzając jednocześnie nabłonek pokrywający, niweczą jego własności jako bariery ochronnej. Sciana jelita w ten sposób uszkodzona zaczyna przepuszczać do krwiobiegu szkodliwe substancje i produkty działania bakterji fermentacyjnych. Więc nie nowe własności *b. coli*, a sam fakt przeniknięcia ich do górnych odcinków niedostosowanych do tego jelit służy jako podstawa tych chorobowych zaburzeń.

Inni znowu uważają, że *b. coli*, trafiając do obcego dlań środowiska, zaczyna produkować szkodliwe substancje, które z kolei wywołują zespół intoksykacji. Najprawdopodobniej jednakże substancjami zatruwającymi organizm są endotoksyny *b. coli*, które przenikają przez uszkodzony nabłonek pokrywający. Zródło infekcji przy ostrych zaburzeniach odżywiania może być nie tylko w jelicie, ale również może znajdować się w odległych miejscach i potem drogami krwionośnymi przejść do jelit, lub może z produktami zanieczyszczonymi przyjść z zewnątrz.

W obecnych czasach prawie wszyscy zgodnie przychodzą do wniosku, że zespołów intoksykacji nie można rozpatrywać jako skutku jakiegoś jednego czynnika, a trzeba podchodzić do tego cierpienia jako do zespołu, wywołanego rozmaitymi czynnikami wzajemnie ze sobą zespolonymi. Schiff twierdzi, że o jednolitej etiologii intoksykacji nie może być mowy, możemy tylko mówić o jednakowym przebiegu odczynu, ale nie o jednakowym czynniku wywołującym. Zdanie to jest krańcowo różne od poglądu, wypowiadanego przez innych autorów, a u nas przez Brokmana, który twierdzi, że zespół intoksykacji może się przejawiać rozmaicie, dawać duże odchylenia od normy, wysuwając na plan pierwszy raz jedne zmiany, a drugi raz znowu inne, ale że przyczyna tego cierpienia jest jednakowa — jest nią czynnik infekcyjny, niestety dotychczas jeszcze niewykryty.

Wracając do naszego materjału, spostrzeganego w Klinice Chor. Dziec. U. S. B. za okres czasu od 1925 — 1934 r., leczonych było 171 przypadków zatrucia pokarmowego. Pośród tych przypadków na

płeć żeńską przypada 84, na płeć męską 67 przypadków. Ogółem zmarło 68 niemowląt, w tej liczbie dziewczynek 33, chłopców 35. 32 przypadki zostały zabrane w stanie beznadziejnym na własną odpowiedzialność rodziców do domu. 71 przyp. zostało wypisanych w stanie znacznej poprawy lub zupełnie wyleczonych. Odsetek ogólny smiertelności wynosił 39,7%. Jeżeli obliczyć śmiertelność łącznie z przypadkami wypisanymi w stanie b. ciężkim, to wynosi ona 58,4%. Porównując odsetek naszej śmiertelności z odsetkami innych statystyk, przekonaliśmy się, że nie jest on zbyt wygórowany. Wiadomo, że niemowlęta w stanie hypotrofii częściej zapadają na zatrucia pokarmowe i dają daleko wyższy odsetek śmiertelności. Nasz materjał w zupełności potwierdza powyższe twierdzenie. Z pośród 171 przyp. obserwowanych przez nas—124 było hypotrofików i 47—eutrofików. Pośród zmarłych liczba eutrofików wynosiła 19, zaś hypotrofików 49. Wiek niemowląt również wpływa na częstość występowania powyższego cierpienia; im niemowlę jest młodsze, tym więcej jest narażone na toksykozę. Na pierwszy kwartał życia w naszym materiale przypada 70 przyp., na drugi kwartał 50, na trzeci 28 i na czwarty kwartał i dzieci starsze 23 przypadki. Smiertelność zaś na podstawie naszego materjału nie idzie w zupełności w parze z wiekiem; u nas w pierwszym kwartale zmarło 44%, w drugim - 38%, w trzecim—32% i w czwartym — 43% przypadków. Zapadalność na powyższe cierpienia w dużym stopniu zależy od sposobu karmienia. Najczęściej na zatrucia pokarmowe zapadają dzieci karmione sztucznie, mniejszy odsetek przypada na dzieci, karmione sposobem mieszanym, i najrzadziej spotykamy zatrucia pokarmowe u niemowląt, karmionych naturalnie. Pośród naszego materjału na karmionych sztucznie przypada 102 przyp., na karmionych sposobem mieszanym — 56 przyp. i karmionych piersią było — 13 przyp. Pora roku, jak wiadomo, w dużej mierze wpływa na częstość występowania zatruć pokarmowych. Jak wiadomo, powyższe cierpienie najczęściej występuje w okresie ciepłym (przewaga miesięcy letnich). Biorąc pod uwagę materiał własny, podzieliliśmy rok na dwa okresy: Okres zimny — od X do IV miesiąca i okres ciepły od V do IX miesiąca włącznie. W okresie zimnym zanotowano u nas 44 przypadki, w okresie ciepłym ilość wynosiła 127 przyp. t. zn. 3 razy więcej. Rokowanie, zdawałoby się, powinno zależyć od czasu trwania choroby przed przyjęciem do kliniki, t. zn. świeże przypadki musiałyby dawać pomyślniejszy przebieg. Jeżeli wziąć pod uwagę materiał naszej kliniki, to śmiertelność w przypadkach zaniedbanych jak i świeżych mało się różniła, a mia-

nowicie przypadki zaniedbane dały śmiertelność — 61,6%, świeże 58%. Wynika z tego wniosek, że nie czas trwania choroby wpływa na śmiertelność, lecz szybkość występowania zmian nieodwracalnych. Z powikłań, które mieliśmy możność stwierdzić u naszych chorych, najczęściej notowaliśmy zapalenie miedniczek nerkowych. Na drugim miejscu co do częstości występowało zapalenie ucha środkowego — w jednym przypadku zakończone zapaleniem wyrostka sutkowego. Zapalenie płuc spostrzegano w 10 przypadkach, czyraczność 6 razy, surowicze zapalenie opon (zwiększone ciśnienie i odczyn Pandy dodatni) występowało w 2 przyp. — obydwa zakończyły się wyzdrowieniem.

Z objawów klinicznych zatrucia pokarmowego u naszych chorych obserwowaliśmy: 1) biegunkę i wymioty 2) brak łaknienia 3) w większym lub mniejszym stopniu zaznaczone wysychanie 4) zaburzenie przytomności 5) podniesienie ciepłoty 6) albuminurę i cylindrurie 7) większy lub mniejszy spadek wagi 8) duży oddech w poszczególnych przypadkach 9) zmiany ze strony narządów krążenia 10) leukocytozę i przesunięcie wzoru Schillinga.

Przystępując do omówienia poszczególnych objawów w naszym materiale, musimy podkreślić, że współzależności pomiędzy częstością wymiotów i wypróżnień, a ciężkością przebiegu klinicznego, nie zawsze zauważyliśmy. Nieraz przypadki z częstymi i uporczywymi wymiotami i biegunkami kończyły się zejściem pomyślnym; prawdopodobnie w tych przypadkach objawy powyższe sprzyjały wydalaniu mas trujących z organizmu i były objawem samoobrony (tak jak to tłumaczą Czerny i Keller). Natomiast znaczne upośledzenie łaknienia zwykle szło w parze z ciężkością przebiegu klinicznego i dawało najczęściej złe rokowanie. W tych przypadkach również często natrafialiśmy na trudności wprowadzania płynu drogą doustną i nieraz zmuszeni byliśmy uciekać się do innych sposobów, podając płyn podskórnie lub dożylnie. Zaburzenie przytomności długo nieustępujące, jak również długo utrzymujące się objawy wysychania organizmu, pomimo racjonalnego leczenia i podawania odpowiedniej ilości płynu, świadczyły w naszych przypadkach o głębokości i nieodwracalności zmian zaszłych w organizmie i prowadziły najczęściej do zejścia śmiertelnego. Krzywa ciepłoty, która w naszych przypadkach zachowywała się b. rozmaicie, nie pozwalała na wyciągnięcie jakichś konkretnych wniosków; były ciężkie przypadki z dużą ciepłotą, jak również przypadki, gdzie ciepłota przez cały czas choroby utrzymywała się w granicach stanów podgorączkowych lub nawet zupełnie bezgorącz-

kowych. Krzywa wagi nie zawsze odźwierciedlała faktyczny stan kliniczny niemowlęcia w tym czasie. W niektórych przypadkach pomimo jeszcze trwającego spadku wagi stan ogólny znacznie się poprawiał, następowały objawy odtrucia i zwrot ku lepszemu. Te przypadki zgadzadzają się ze spostrzeżeniami Orglera, o których wspominaliśmy wyżej. Nierzadkie były i takie przypadki, w których pomimo podnoszenia się wagi objawy toksyczne nietylko nie ustępowały, ale odwrotnie nawet się nasilały, więc z wykresu wagi nie mogliśmy sądzić o stanie niemowlęcia. Zmianę typu oddechowego i duży oddech notowaliśmy mniejwięcej w $^1/_3$ części naszych przypadków, przy czym musimy podkreślić, że w przypadkach, w których po zastosowaniu głodu wraz z innymi objawami toksycznymi ustępował duży oddech i potem nie wracał — te przypadki zwykle kończyły się pomyślnie; tam zaś, gdzie duży oddech po jakimś czasie wracał, zejście niepomyślne było nieuniknione. Ze strony narządów krążenia obserwowaliśmy najczęściej tętno przyśpieszone; tony serca zachowywały się różnie, jednakże tam, gdzie I ton serca głuchł lub znikał zupełnie, te przypadki miały przebieg b. ciężki i kończyły się często zejściem śmiertelnym. Pod tym względem obserwacje nasze zgadzają się z obserwacjami innych autorów; objaw ten prognostycznie jest objawem niepomyślnym. Leukocytoza ponad 20 tys. towarzyszyła w naszym materiale zwykle ciężkim przypadkom, i nie dawała dobrego rokowania, jak również znaczne przesunięcie wzoru Schillinga.

Postępowanie lecznicze w naszych przypadkach staraliśmy się jak najwięcej indywidualizować. Leczenie zaczynaliśmy zwykle od wyznaczenia ilości godzin głodu, przy czym w pojedyńczych tylko przypadkach zalecaliśmy mniej jak 10 godzin głodu, przeważnie jednakże stosowaliśmy głód do 24 godz; zwracaliśmy przy tym baczną uwagę, by ilość płynu podawanego nie była mniejsza niż 150 gr. na kilo wagi dobowo. Płyn podawaliśmy najczęściej w postaci wody, herbaty, płynu Ringera na połowę z 10% glukozą, w ostatnich latach wodę Vichy i rozczyn sody 1%, przy czym dawaliśmy zawsze pierwszeństwo wprowadzaniu wody drogą doustną, uważając, że woda ta, idąc drogą naturalną przez przewód pokarmowy, prędzej mogłaby być przyswojona i wykorzystana przez ustrój, niż woda, podana drogą pozajelitową. W przypadkach, gdzie natrafialiśmy na przeszkody w podawaniu wody per os, z konieczności wprowadzaliśmy płyn drogą wstrzykiwań podskórnych lub dożylnych. Często w stanach daleko posuniętego wyniszczenia i wysychania żyły i zatoki były zapadnięte i nieraz natrafialiśmy na trudności wprowadzania płynu tą drogą; co

się zaś tyczy wprowadzania wody drogą zastrzyków podskórnych—to zabieg ten przez nasze niemowlęta znoszony był zazwyczaj źle: dzieci bladły zaraz po zabiegu, wstrząs był duży, wchłanianie odbywało się powoli i korzystnego wpływu po tym zabiegu najczęściej nie widzieliśmy, wobec tego w ostatnich latach staraliśmy się unikać podawania płynu tą drogą. Po zastosowaniu diety głodowej podawaliśmy najczęściej najchętniej mleko kobiece zimne w małych ilościach, najczęściej w 10—15 posiłkach po 10 — 20 cm^3, nie zaniedbując w dalszym ciągu podawania płynu. O ile nie było możności podania mleka kobiecego, stosowaliśmy maślankę z obniżoną ilością węglowodanów. Zwiększenie ilości podawanego pokarmu indywidualizowaliśmy bardzo; zwiększaliśmy zazwyczaj o $^1/_4$ dcm. co 2—3 dni. W niektórych przypadkach stosowaliśmy krew domięśniowo w ilościach 5 — 20 cm^3, co nam jednak nie dawało dobrych wyników. Insulinę i pituglandol zastosowaliśmy tylko w kilku poiedyńczych przypadkach — to też wspominamy o tem pobieżnie. Poza tym stosowaliśmy leczenie objawowe i dbaliśmy o to, żeby warunki higieniczne niemowlęcia były odpowiednie.

Wszyscy zgodnie podkreślają, że przy leczeniu intoksykacji jak i przy leczeniu innych schorzeń unikać musimy szablonu a stosować jaknajdalej idącą indywidualizację, uwględniając przede wszystkim własności osobnicze i konstytucjonalne danego niemowlęcia. Wszyscy zgodnie zalecają leczenie intoksykacji zaczynać od oszczędzania przewodu pokarmowego i jaknajdalej idącego odciążenia jego, stosując głód i jednoczesne podawanie odpowiedniej ilości płynu. Większość też zaleca głód 24 — 48 godzin i uważa, że głód naogół jest dobrze znoszony przez niemowlęta nawet dość wyniszczone i blade. Są zwolenicy i dłużej trwającego głodu do kilku dni, a nawet tygodnia. Zwolenikiem tej djety głodowej jest Monrat, u którego głodówka trwa do tygodnia do ustąpienia objawów zatrucia, ale która może być zastosowana tylko u niemowląt poprzednio zupełnie zdrowych. Schiff natomiast ostrzega przed stosowaniem dłuższego głodu, obawiając się, że głód będzie sprzyjał rozpadowi białka endogennego. Z płynów radzą stosować herbatę, pł. Ringera z glukozą, Vichy, przy czym pierwszeństwo oddają stosowaniu płynów drogą doustną. Tam zaś, gdzie podawanie płynów doustnie natrafia na trudności, a również i w przypadkach ciężkich, zalecają podawanie 10—20% glukozy w płynie Ringera do zatoki lub dożylnie. Po głodzie najchętniej stosują mleko kobiece odcentryfugowane (odtłuszczone) i widzą dobre rezultaty tam, gdzie mleko kobiece zwykłe nie dawało do-

datnich wyników. Z mieszanek radzą stosować mieszanki węglowodanowe, a przeciwnie ostrzegają przed stosowaniem preparatów białkowych, jako wymagających dużej ilości płynów. Poza tym tam, gdzie leczenie dietetyczne nie pomaga, stosują przelewanie krwi jednakże w niezbyt dużej ilości, żeby nie obarczać zbytnio serca, przy tym wprowadzają krew do zatok lub żył. Karelitz transfuzję krwi i cukru stosuje specjalną kaniulką dla kropelkowego wprowadzania na dłuższy czas i podaje 130 — 180 cm^3 rozczynu na kilo wagi dziennie z dobrym rezultatem. Wilke propaguje podawanie plazmy doustnie (od krwi dzieci wymiotują), która ma to pierwszeństwo przed transfuzją, że daje się we wszystkich wypadkach zastosować, nawet tam gdzie transfuzję zrobić trudno z powodu spadniętych żył, a poza tym działa ona bezpośrednio na miejsce, gdzie się odbywają procesy chorobowe, bez polepszenia procesów w jelicie trudno się bowiem spodziewać poprawy procesów w przemianie międzykomórkowej. Autor ten odróżnia typ sympatykotoniczny, charakteryzujący się leukocytozą, neutrofilią i przyśpieszonym opadaniem, i typ wagotoniczny, który ma wyraźną leukopenię, limfocytozę i opóźnione opadanie. Przypuszcza autor, że przemiana materii w obydwu typach musi być różna; obie te grupy dobrze reagują na transfuzję krwi, ale czy przy grupie wagotonicznej, która nie zawsze daje wyraźną kwasicę wskazane jest leczenie alkaliami, tego autor nie wie. W celu zwalczania kwasicy autorzy amerykańscy propagują leczenie alkaliami. Dobre rezultaty daje wprowadzanie do zatoki 5% $NaHCO_3$ w 10% rożczynie glukozy; mieszanka ta, ulegając karmelizacji, może zmieniać kolor i przyjmować barwę brązową, nie daje to jednakże ujemnych skutków przy zastrzykiwaniu. Ribadeau Dumas w przypadkach, gdzie jest hyperchloremia, podaje izotoniczne rozczyny sody (1,076%), tam zaś, gdzie jest hypochloremia, stosuje izotoniczne rozczyny soli fizjologicznej. Zwolennicy teorji bakteryjnej leczą intoksykację szczepionkami b. coli lub podawaniem coli serum i widzą od tego również dobre rezultaty. Gorącym zwolennikiem tego leczenia jest Plantenga, którego imieniem nazwana została surowica. Leczenie insuliną, którą wprowadzili Duzar i Wagner, ma rownież swoich zwolenników i przeciwników. Działanie jej w przypadkach intoksykacji nie polega na działaniu w kierunku zwiększenia asymilacji węglowodanów, bo kwasica, jaką tu mamy, jest innego pochodzenia aniżeli przy cukrzycy, może być tu brany tylko jej wpływ na zamknięcie tam wątrobowych i tym samym pośrednio wpływ na zwiększone odtruwanie. Schiff uważa, że w lżejszych przypadkach jest ona zbyteczna, a w ciężkich przy-

padkach nie pomaga. W przypadkach, gdzie mamy objawy ze strony uszu, większość autorów wypowiada się za stosowaniem antrotomii pod miejscowym znieczuleniem, uważając, że paracenteza nie wystarcza dla wypływania gęstej ropy przez tak mały otwór, jaki mamy przy tym zabiegu. Tam gdzie zwykłe leczenie nie pomaga, antrotomia czasami ratuje życie. Brown, Alan, Frederyk i Fizdall uważają, że uszy są wtórną sprawą a nie pierwotną, bo operacja nie wpływa na poprawę intoksykacji.

Na podstawie naszego materiału doszliśmy do następujących wniosków:

1. Im dziecko jest młodsze — tym bardziej narażone jest na zachorowanie,

2. Śmiertelność naszych chorych nie zależała od wieku niemowląt,

3 Czas trwania choroby nie wpływa na śmiertelność, wpływała natomiast szybkość występowania zmian nieodwracalnych.

4. Objawami prognostycznie niepomyślnymi są — znikanie pierwszego tonu nad koniuszkiem, zmniejszenie granic serca, długo nieustępujące zamroczenie, zmiana typu oddechowego, zjawienie się powtórne dużego oddechu,

5. Duża leukocytoza i znaczne przesunięcie wzoru Schillinga rokuje najczęściej zejście niepomyślne.

Głównym zadaniem w leczeniu intoksykacji jest walka z wysychaniem. Dotychczas uważano, że ilość podanej wody w intoksykacji nigdy nie może być za duża, obecnie takie mniemanie, naszym zdaniem, musi być poddane kontroli: wiemy bowiem z obserwacji Orglera, że nie chodzi tu tylko o ubytek wody i wydalanie jej różnymi drogami z ustroju, ale chodzi głównie o to, że część wody zostaje nieprawidłowo związana i ustrój nie może jej odpowiednio zużytkować. Trzeba więc szukać nowych dróg, któreby pobudziły komórkę do wchłaniania. Obecnie, nawadniając ustrój, musimy nie zapominać o tym, by zbytnio nie obarczać narządu krążenia, a jednocześnie wprowadzać taki płyn, któryby najskuteczniej zwalczał kwasicę, przy której, jak wiemy, tkanki tracą zdolność wiązania wody. Na podstawie objawów klinicznych nie możemy z pewnością sądzić, jakie zmiany zachodzą w danej chwili w ustroju w równowadze kwasowo-zasadowej. To też z pewnym prawdopodobieństwem możemy przypuszczać, że w przypadkach z wybitnymi wymiotami (ten objaw działa w kierunku alkalizacji ustroju) nie będzie przeciwskazane podawanie płynu fizjologicznego w ilości do $1/2$ litra dziennie. W przy-



padkach, gdzie wymioty zaznaczone są słabo, obok płynu fizjol. należy podawać również płyny alkaliczne.

Piśmiennictwo.

Brokman i Bussel Warszawskie Czas. Lekar. 1933. Bessau, Rozenbaum Mon. f. Kd. 1928 r. B. 38. Fedyński, Połtjewa, Wilenkin Mon. f. Kd. Band 32 1926 r. Heim Paul Mon. f. Kd. 1925 r. B. 31. Heim Paul Deutsche Med. Woch. Jg. 52 1926 r. Kaulbersz-Marynowska H. Monografia „Badania kliniczne i doświadczalne nad zawartością chloru i zasobu zasad we krwi" Wilno 1936 r. Kramar E. J. f. K. 1926 r. B. 54 1927 r. B. 55 Mahrburg St. Badania anatomiczno-patologiczne nad zaburzeniami odżywiania u niemowląt (żołądek i jelita). Monogr. 1928. Orgler Arnold Jarbuch f. Kd. 1932 r. B. 85. Ossem M. und Rozenbaum Mon. f. Kd. 1928 r. B. 40. Rozenbaum Mon. f. Kd. 1930 B. 47. Rietschel Zeit. f. Kd. 1927. B. 43. Scheer K. Abraham G. J. f. K. 1931 B. 80. Seckel J. f. K. 1935 B. 94. Schaferstein J. f. K. 1932 r. Schiff Erwin Erg. f. Inn. med. u. K. 1929 r. B. 35. Thoenes F. Mon. f. Kd. 1928 B. 41. Wilke H. Arch. f. Kd. 1934 B. 107.

Aus der Kinderklinik der Universität Stefan Batory in Wilno.
Direktor † Prof. Dr. *Wacław Jasiński.*

Dr. EUGENIUSZ GERLÉE und Dr. WŁADYSŁAWA KIELJOTISÓWNA.

Ernährunginfektionsvergiftungen bei Säuglingen.

Verfasser besprechen die Pathogenese der Ernährunginfektionsvergiftungen bei Säuglingen auf Grund der neusten Literatur, und dann wird das Krankenmaterial aus der Uniwersitätskinderklinik in Wilno vorgestellt. Im allgemeinen waren es 171 Fälle. Die Verfasser beschreiben den klinischen Verlauf dieser Erkrankung an, und widmen besondere Aufmerksamkeit der Behandlung.

Z Kliniki Dziecięcej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.
Dyrektor: † Prof. Dr. *Wacław Jasiński.*

JAN ZIENKIEWICZ.

Przyczynek do mikroskopowego stwierdzania laseczników gruźliczych we krwi.

Pracę niniejszą wykonano w laboratorium Kliniki Dziecięcej Un. Berlińskiego (prof. G. Bessau) wspól. z D-rem Blaurock'iem.

Próby rozpoznawania bakteriemii gruźliczej na podstawie badania krwi na prątki Kocha datuje się od dość dawna. Jeszcze w roku 1883 Ribbert potrafił stwierdzić w preparatach histologicznych ze ścian naczyń krwionośnych i ich światła obecność prątków gruźliczych, a w rok później (1884) Weichselbaum wykrył obecność laseczników Kocha we krwi, pobranej po śmierci z serca trzech chorych na prosówkę gruźliczą. Niedługo potem Meisel, Lustig, Rüttimeyer, Sticker i inni potwierdzili to spostrzeżenie, które dało powód do przypuszczeń, że obecność prątków gruźliczych we krwi jest jednym z objawów prosówki gruźliczej.

Od tego czasu sprawa ta staje się coraz częściej tematem prac doświadczalnych, dokonywanych różnorodnemi metodami przez Bezançona, Griffona i Philiberta, Jousseta, Bergerona, Rosenbergera, Lesieura, Loepera i Lousta, Nattana, Larriera i Bergerona, Schnittera, Staubli i inn. Wyniki podawane przez autorów są dość różne. Schnitter np. podaje, że stwierdzał obecność laseczników gruźliczych we krwi w 47% przypadków chorych na gruźlicę Lipmann — 53%, Rabinowicz zaś i Jessen — 33%. Kurashige (Japonja) we krwi 155 chorych gruźliczych w różnych okresach choroby stwierdzał obecność prątków w 100% przypadków, mając niekiedy do 30 laseczek w polu widzenia, a w 59% u ludzi, nie zdradzających objawów gruźliczych. Badania te potwierdził Liebermeister, później zaś Rumpf. Suzuki i Takaki przebadali krew 517 dzieci z dodatnim odczynem Pirqueta i stwierdzali obecność prątków. K. Kennerknecht wśród 120 przypadków stwierdziła laseczniki 109 razy, z czego 68 razy u dzieci gruźliczych, 18 razy u dzieci podejrzanych o gruźlicę i 20

razy u wolnych od objawów gruźliczych. Schelble zaś, dokonując doświadczenia w podobny sposób jak Kennerknecht, wyników jej nie mógł potwierdzić.

Bacmeister, Rothacker i Charon uważają, że laseczniki kwasoodporne, stwierdzane we krwi tak chorych na gruźlicę, jak i zdrowych lub nie zdradzających objawów chorobowych, nie są prątkami gruźliczymi; są to ich zdaniem twory, powstałe wskutek działania jakichś czynników ubocznych jak np. antyformina i t. p. Querner u. Kahn przyjmują je za resztki rozpadłych krwinek czerwonych, które mają dość wyraźne własności kwasoodporne. Brem natomiast uważa, że nawet samo użycie wody przekroplonej do rozpuszczania krwinek może być przyczyną dodatnich wyników badania, gdyż może ona niekiedy zawierać prątki kwasoodporne, nie mające nic wspólnego z lasecznikiem gruźliczym.

Badania te zostały w roku 1913 powtórzone przez H. Rozenblatównę oraz przez Kachela. Obaj autorowie przeprowadzili swoje doświadczenia ze krwią dzieci, uzyskując częściowo dodatnie wyniki, a w roku 1914 Haas Willy w gruźlicy kostnej nie mógł ich stwierdzić. P. Courmont (1921) w wyniku swoich badań dochodzi do wniosku, że stwierdzenie laseczników gruźliczych we krwi napotyka duże trudności i może być przyczyną różnych błędów.

Mając tak rozbieżne wyniki, jeden z nas (Zienkiewicz) powtórzył w roku 1928 te badania na materjale Kliniki Dziecięcej w Wilnie, lecz zniechęcony ich ujemnymi wynikami zaprzestał dalszego kontynuowania.

W roku 1935 Massalski opisał własną metodę mikroskopowego stwierdzania laseczników gruźliczych we krwi, dającą zdaniem jego dobre wyniki. Przeprowadził on swoje doświadczenia w 23-ch przypadkach gruźlicy płuc, płuc i jelit, kości oraz w przypadkach, wolnych od objawów chorobowych tylko z podgorączkową ciepłotą, stwierdzając w ich krwi obecność prątków. Nadmienia też, że we wszystkich przypadkach z dodatnimi wynikami ciepłota ciała przekraczała 37°.

Metoda powyższa jest dość łatwa do wykonania, polega mianowicie na tym, że ze krwi, pobranej do opadania w aparacie Westergreena, po 24 godz. pipetką włosowatą pobiera się krwinki białe, skupione w białym pierścieniu ponad czerwonymi. Z tak pobranych krwinek robi się rozmaz na szkiełku przedmiotowym i po osuszeniu barwi się na laseczniki gruźlicze (Ziehl-Neelsen).

W rozmazach tych, według autora, laseczników jest niewiele od 3—4 w całym preparacie, co jest przyczyną, że często dopiero po godzinnym poszukiwaniu można je znaleźć. W wyniku swoich

L. p.	NAZWISKO	Wiek	Rozpoznanie	Ciepł.	Data badania, uwagi i wynik
1	Ing. Wegener	1 r. 6 mies.	epitbc. infiltr	36.4 37 2	23.III, 19.V
2	H. J. Nikolaus	2 lata	gruźlica płuc	36.2 38.6	14.III, 10.V, 28.V
3	G. Müller	1 r. 7 mies.	scrophul.	—	19.III, 20.III
4	Peter G.	2 lata		36.4 37.5	1 IV, 12 V, 31.V
5	Edg. Lochan	2 lata 10 mies.	hilus tbc.	36.2 37.	13.III, 13.IV, 8,V, 28.V
6	Kubiak Ing.	2 lata 10 mies.	gruźlica kol.	36.6 37.5	5.IV, 27.V
7	H. Klapprogge	3 lat 4 mies.	gruźlica prosów. angina gr.	38.4 39.	27.III, 2 IV, 30.IV, 19.VI exit. laet.
8	E. Neumann	3 lat 9 mies.	zespół pierw.	36.6	16.III
9	Ans. Wehrle	4 lat 12 mies.	gruźlica płuc jamista	37.2	23.III
10	Kafarski H.	5 lat	prosówka gr. mening. tbc.	37.5 38.2	24.III, 7.V exit. laet.
11	E. Bauer	6 lat 8 mies.	gruźlica płuc gruźlica ucha	36.5 37.3	20.III, 5.IV, 14.IV
12	H. Loppach	6 lat 6 mies.	gruźlica opłuc.	36.5 37.8	29.IV, 18.V, 7.VI
13	H. Shütte	6 lat 11 mies.	gruźlica opłuc.	37.3 38.	28.IV, 12.V, 31.V, 17.VI
14	H. Hennig	8 lat	Pericardit. tbc.	„	exit. laet.
15	H. Petrik	8 lat 8 mies.	prosówka gr.	36. 37.	4.IV, 4.V, 25.V
16	H. Engel	8 lat 7 mies.	lymphadenit.	37.2 37.3	21.III
17	Stahlberg	9 lat	pleurit tbc.	36.6 37.3	2.IV, 3.V, 29.V, 14.VI
18	W. Wohlgemut	9 lat 9 mies.	gruźlica płuc jamista	36 5	22.III
19	Dirke Ch.	10 lat 10 mies.	naciecz. dookoła ogniskowe	37.8	15.III
20	Stiegemann	12 lat		37.1 37.6	13.V, 3.VI
21	Skrypczak	13 lat	gruźlica wnęki	37.4	1.VI
22	Stoltze H.	13 lat 6 mies.	prosówka gr.	36.4 37.2	21.III, 26.III, 29.III, 9.IV, 15.V
23	Lotte Engel.	13 lat 8 mies.	pleurit tbc.	36.5 38.1	1.IV, 2.V, 22.V
24	Sternke H.	14 lat 3 mies.	pleurit tbc.	36.6 37.5	30.IV, 17.V

badań wyraża on też przypuszczenie, że obecność laseczników we krwi ma związek z podniesioną ciepłotą ciała.

Zachęceni tak dobrymi wynikami autora, jako też łatwością jego metody, poddaliśmy powyższym próbom krew dzieci oddziału gruźliczego Kliniki Dziecięcej Un. Berlińskiego z rozmaitymi postaciami gruźlicy (patrz zestawienie). Zbadaliśmy razem 24 dzieci w wieku od $1^1/_2$ roku do 14 lat, dokonując 57 badań, przy czym musimy podkreślić, że jednemu badaniu poświęcaliśmy 1—3 godzin.

Wyżej załączamy zestawienie naszych doświadczeń:

Jak widać z powyższego, większość przypadków mieliśmy z ciepłotą ciała podgorączkową, jako też i wyższą; przypadki też były dość różne, pomimo to jednak uzyskane wyniki były ujemne.

Niewielka ilość przypadków i badań nie uprawnia nas do wyciągania wniosków, pozwala jednak wyrazić przypuszczenie, że i ta metoda, jak wiele innych, nie daje pewnych wyników.

W dalszym ciągu badanie te prowadzone są w pracowni Kliniki Dziecięcej U. S. B., wynik których w swoim czasie zostanie ogłoszony.

Aus der Universitätskinderklinik in Wilno, Direktor † Prof. Dr. W. Jasiński,

JAN ZIENKIEWICZ.

Beitrag zur mikroskopischen Feststellung von Tuberkelbazillen im Blute.

(bearbeitet in der Kinderklinik zu Berlin Dir. Prof. Dr. G. Bessau gemeinsam mit Dr. Blaurock).

Der Verfasser hat verschiedene Methoden und die geschichtliche Entwicklung der mikroskopischen Feststellung von Tuberkelbazillen im Blute besprochen. Er führte seine Forschungen — nach der von Massalskî angegebenen Methode — an 24 Fällen von tuberkulösen Kindern durch und erhielt negative Resultate.

A. SAFAREWICZ.

O umieralności niemowląt w Polsce.

Umieralność niemowląt, t. j. dzieci poniżej 1 roku życia, jest, jak wiadomo, bardzo duża. W żadnym innym wieku z wyjątkiem późnej starości prawdopodobieństwo zgonu w ciągu roku nie jest tak wielkie, jak w wieku niemowlęcym. Dla ilustracji tego przytoczę kilkanaście liczb z „Polskiej Tablicy Wymieralności 1927 r.“ [1]) uzmysławiających porównawczo owo prawdopodobieństwo.

Tabl. 1.

Wiek	Liczba żyjących	Prawdopodobieństwo zgonu w ciągu roku
0	11000	0,1756
1	8244	0,0416
2	7901	0,0215
3	7731	0,0143
4	7620	0,0097
5	7546	0,0077
10	7343	0,0033
15	7228	0,0038
.	.	.
.	.	.
.	.	.
50	5490	0,0133
55	5157	0,0184
60	4630	0,0261
65	3951	0,0395
70	3102	0,0595

Uwaga: W rubryce „Liczba żyjących“ jest podana liczba osób, dożywających wieku wskazanego z lewej strony z każdych 10000 urodzonych.

---

[1]) Mały Rocznik Statystyczny 1935, str. 28, tabl. 5.

Widzimy zatem, że z 10 tysięcy żywo urodzonych umiera przed ukończeniem 12 miesiąca życia 1756, dożywa rocznicy urodzin 8244. Następnie prawdopodobieństwo zgonu gwałtownie spada, dla wieku 10 lat jest najmniejsze, potem stopniowo wzrasta, dla wieku np. 50 lat jest już czterokrotnie większe, niż dla wieku 10 lat itd.

Wielką umieralność dzieci w pierwszym roku życia tłumaczy się, jak wiemy, szczególną wrażliwością organizmu niemowlęcia na szereg czynników zewnętrznych życia pozapłodowego. Wyrazem tej wrażliwości jest fakt stale notowany, że największe liczby zgonów przypadają na pierwszy miesiąc życia, na pierwszy jego tydzień, a wreszcie na pierwszy dzień i pierwsze niemal godziny.

Wielka umieralność niemowiąt stanowi nie tylko ciekawe zjawisko biologiczne, ale też i społeczne o doniosłym znaczeniu państwowym, wpływa bowiem w stopniu silnym przede wszystkim na wielkość umieralności ogólnej, a przeto i na przyrost naturalny całej ludności czy też poszczególnych grup narodowościowych w danym kraju. Od dawna też uważa się umieralność niemowląt jako bardzo czuły wskaźnik warunków bytowania ludności, stanu jej kultury, przede wszystkim higienicznej. Dlatego też w szeregu państwach systematycznie notuje się dane, dotyczące umieralności niemowląt, a w statystyce ludności zgony dzieci poniżej 1 roku życia wyodrębnia się w osobny dział, w osobną swego rodzaju buchalterię, bez której nie można orientować się co do znaczenia strat, powodowanych umieralnością w ogóle, nie można przeprowadzać różnego rodzaju obliczeń i porównań, wniosków i przewidywań, nie można planować racjonalnej walki z umieralnością dziecięcą, której *gros* stanowi umieralność niemowląt, nie można wreszcie dokonywać oceny sposobów, zastosowanych w tej walce.

Mierzy się umieralność niemowląt stosunkiem liczby zmarłych w danym roku kalendarzowym dzieci poniżej 1 roku życia do liczby żywo urodzonych w tym samym roku. Jeżeli otrzymany w ten sposób ułamek pomnożymy przez 100, będziemy mieli dla danego roku współczynnik umieralności niemowląt, wskazujący liczbę zgonów niemowląt na 100 żywych urodzeń.

S c h l o s z m a n n [2]) zaproponował sposób przedstawiania umieralności niemowląt w postaci ułamka, którego licznikiem jest liczba zgonów niemowląt, przypadająca w danym roku kalendarzowym na 1000 mieszkańców, a mianownikiem—liczba urodzeń żywych w tym samym roku na 1000 mieszkańców.

[1]) F. Prinzing. Handbuch der medizinischen Statistik. II Aufl. 1931. Iena — G. Fischer — Str. 374.

W istocie rzeczy jest to ten sam stosunek liczby zgonów niemowląt do liczby żywych urodzeń. Ułamek ten Schloszmann zwie „bevölkerungspolitische Grundziffer"; w przekładzie wolnym można mówić o wskaźniku polityki ludnościowej. Ma on wskazywać, jak wielka jest strata w ludności skutkiem umieralności niemowląt.

Wyżej podany sposób mierzenia umieralności niemowląt jest bardzo prosty, nie jest jednak logicznie słuszny. Trzeba pamiętać, iż nie wszystkie zmarłe w danym roku kalendarzowym niemowlęta urodziły się w tym samym roku, część ich należy do generacji roku poprzedniego. Należałoby więc przy obliczaniu to uwzględnić. W przypadkach, gdy pomiędzy następującymi po sobie latami różnica w absolutnych liczbach urodzeń jest mała, wynik obliczania zwyczajnego (stosunek liczby zmarłych niemowląt do liczby żywych urodzeń w tym samym roku kalendarzowym) tak mało odbiega od wyniku obliczania prawidłowego, że nie posiada to jakiegokolwiek znaczenia praktycznego. Natomiast w przypadkach, kiedy liczby urodzeń żywych w następujących po sobie latach wykazują dużą różnicę, zwyczajne obliczanie prowadzi do błędu poważnego. Przypuśćmy np., że w pewnym kraju w roku 1934 było urodzeń żywych 100 tysięcy, a w roku poprzednim 1933 — 150 tysięcy, czyli różnica była duża; następnie, niech w r. 1934 zmarło niemowląt np. 10 tysięcy, z pośród nich 7000 urodziło w r. 1934, a 3000 w r. 1933. Przy zwyczajnym obliczaniu otrzymujemy współczynnik umieralności niemowląt $\frac{10000}{100000} \cdot 100$, czyli 10 zgonów na 100 żywych urodzeń. Jeżeli zaś zastosujemy sposób proporcjonalnego obliczenia, to będziemy mieli $\frac{10000}{0{,}7.100000 + 0{,}3.150000} \cdot 100$, czyli $\frac{10000}{15000} \cdot 100 = 8{,}7$. Przypadki większych wahań w liczbach żywych urodzeń nie są tak już bardzo rzadkie (lata wojny, silnych wstrząsów politycznych i ekonomicznych, wielkie katastrofy żywiołowe) i należy w tych razach stosować sposoby obliczania, uwzględniające tę okoliczność.

Przechodząc do tematu, musimy nadmienić, że w Polsce prawne unormowanie rejestracji naturalnego ruchu ludności datuje się od roku 1927, z chwilą ogłoszenia rozporządzenia Prez. Rz. z dnia 1.II. 1927 r., Dz. Urz. Nr. 10, poz. 76. Na mocy tego rozporządzenia Min. Spr. Wewn. 12.V. 1927 r. wydało instrukcję dla osób prowadzących akta stanu cywilnego. Zostały podane wzory prowadzenia odnośnych akt. We wzorze akt zgonów są między innymi rubryki dla notowania dat zgonów oraz urodzeń, względnie wieku życia. Jest więc podstawa dla posiadania dokładnych pod tym względem danych

i dla prowadzenia owej osobnej buchalterji ruchu niemowląt, o której znaczeniu mówiono wyżej. Jednak, jak zobaczymy później nieco, dla pewnych miejscowości Polski dane statystyczne ruchu naturalnego ludności nie są dokładne. Oprócz tego nie wszystkie dane, potrzebne do oświetlenia problemu umieralności niemowląt u nas, są systematycznie ogłaszane. Braki powyższe utrudniają szczegółowe przedstawienie tej kwestji.

Badając sprawę umieralności niemowląt w Polsce, należy przede wszystkim stwierdzić, jak wielka jest owa umieralność u nas i w państwach innych.

Nasz Główny Urząd Statystyczny podał przegląd międzynarodowy ruchu ludności z uwzględnieniem rubryki zgonów niemowląt za lata 1925 — 1934. Przytaczam w zestawieniu współczynniki umieralności niemowląt w 20 państwach (tabl. 2) z pominięciem 1925 i 1926 roku, dla Polski bowiem liczby odnośne rozpoczynają się dopiero od roku 1927. [1]) Obok tych danych podaję średnią arytmetyczną dla danego okresu czasu i dla każdego kraju.

Śród 20 tych krajów, zestawionych w kolejności wzrastania średniej arytmetycznej współczynników, Polska stoi na miejscu 16, posiada więc umieralność niemowląt stosunkowo bardzo dużą, — 4 tylko kraje, Bułgarja, Litwa, Węgry i Rumunja mają umieralność jeszcze większą.

Nastręczało by się sporo uwag w sprawie przyczyn tak dużej rozpiętości pomiędzy wielkością współczynników w krajach na początku i w końcu tablicy. Jednak brak odpowiednich danych, a zwłaszcza danych o przyczynach zgonów niemowląt, uniemożliwia zagłębianie się w rozważania o tych przyczynach. Pozostaje więc ograniczyć się do paru uwag natury ogólnej:

Przed trzydziestu paru laty, a więc na początku bieżącego stulecia, notowano dużą umieralność niemowląt w tych samych krajach, które obecnie posiadają stosunkowo małe współczynniki tej umieralności. Dla Holandii np. współczynnik ten wynosił wówczas około 15,8, był więc większy niż obecnie w Polsce; Szwecja wykazywała umieralność niemowląt 10,2 na 100 żywych urodzeń, dla Anglii współczynnik wynosił 15,4, dla Francji — 16,2, dla Włoch — 17,6, w Saksonii — 27,3, w Bawarii — 24,4, a nawet w Prusach sięgał powyżej 20. [2]) W ciągu więc niedługiego okresu czasu we wszystkich

[1]) Wiadomości Statystyczne. Rok XIII, zesz. 24, z 25.VIII 35 r., str. 497.

[2]) E. I. Jakowienko. Miedicinskaja Statistika. Gos. Izd. Moskwa — Leningrad, bez roku wydania, str. 100.

tych państwach nastąpił gwałtowny spadek umieralności. Jeżeli się przyjrzeć liczbom naszej tablicy, to można stwierdzić nawet w tak krótkim okresie, jak 7—8 lat, zniżkową tendencję umieralności nie-

Tablica 2.

Na 100 żywych urodzeń przypadało zgonów niemowląt:

rok / kraj	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	średnia
1. Australia . . .	5,4	5,3	5,1	4,7	4,2	4,1	3,9	.	4,7
2. Holandia . .	5,9	5,2	5,9	5,1	5,0	4,6	4,4	4,3	5,1
3. Szwecja . . .	6,0	5,9	5,9	5,5	5,7	5,1	5,0	.	5,6
4. Stany Zjedn. .	6,5	6,9	6,8	6,5	6,2	5,8	5,8	.	6,4
5. Anglia z Walią	7,0	6,5	7,4	6,0	6,6	6,5	6,4	5,9	6,5
6 Irlandia wol. p.	7,1	6,8	7,0	6,8	6,9	7,1	6,5	6 3	6,8
7. Francja	8,2	9,1	9,5	7,9	7,6	7,6	7,5	6,9	8,0
8. Kanada . . .	9,4	9,0	9,2	8,9	8,5	7,3	7,3	7,2	8,3
9. Niemcy . . .	9,7	8,9	9,6	8,4	8,3	7,9	7,6	6,6	8,4
10. Szkocja . . .	8,9	8,6	8,7	8,3	8,2	8,6	8,1	7,8	8,4
11. Łotwa	9,6	9,6	10,7	9,0	8,6	8,9	7,7	.	9,2
12. Włochy . . .	12,0	12,0	12,5	10,6	11,3	11,1	10,0	9,9	11,2
13. Hiszpania . .	12,7	12,6	12,3	11,7	11,7	11,2	11,1	11,3	11,8
14. Japonia . . .	14,2	13,8	14,2	12,4	13,2	11,7	12,1	.	13,1
15. Czechosłowacja	15,7	14,6	14,2	13,7	13,4	13,8	12,7	12,8	13,9
16. Polska . . .	15,1	14,5	14,9	14,2	14,2	14,3	12,8	14,1	14,3
17. Bułgaria . . .	16,8	14,9	15,6	13,8	15,6	15,0	14,4	13,0	14,9
18. Litwa	15,1	14,7	17.6	15,4	14,5	16,7	12,1	.	15,2
19. Węgry	18,5	17,7	17,9	15,2	16.2	18,4	13,6	15,0	16,6
20. Rumunja . . .	20,9	18,4	19,7	17,6	.	18,5	17,4	18,2	18,7

mowląt, zakłócaną co prawda w pewnych latach (z wyjątkiem Australii) podskokami. W szeregu krajach od dawna zauważono pewną równoległość pomiędzy umieralnością wogóle a rozrodczością—stwierdzono równoległy spadek współczynników odnośnych i uznano to za prawidłowość statystyczną, a ponieważ na wielkość umieralności ogólnej w dużym stopniu wpływa umieralność niemowląt, stąd mówi się o równoległości spadku tej umieralności i urodzeń żywych. Zazna-

czyć jednak należy, że w wielu krajach równoległość ta jest nierównomierna, to znaczy, że w poszczególnych latach notuje się to większy spadek umieralności niemowląt, to znowuż większy spadek liczby urodzeń żywych. Poza tym są nieliczne co prawda kraje, w których spadek urodzeń jest bardzo powolny, natomiast silnie zaznaczyła się tendencja zniżkowa umieralności niemowląt. Przykładem tego może służyć Holandia, która obecnie śród krajów europejskich posiada najmniejszą umieralność niemowląt przy współczynniku rozrodczości, wykazującym w przeciągu czasu od roku 1925 do roku 1934 rozpiętość pomiędzy 24,2 a 20,7 na tysiąc mieszkańców.

W Polsce mamy dość znaczny spadek rozrodczości, bo z 35,2 w roku 1925 na 26,1 w roku 1935, tendencja zaś zniżkowa umieralności niemowląt jest dość słaba.

Tablica 2 z pierwszego już rzutu oka wykazuje wyraźnie, że położenie geograficzne i związane z tym niektóre właściwości klimatu nie mają widocznego wpływu na wielkość współczynnika umieralności niemowląt. Australia z klimatem częściowo tropikalnym, częściowo zaś umiarkowanym ciepłym, Holandia z umiarkowanym i z silnymi wiatrami, Szwecja z klimatem częściowo podbiegunowym, częściowo umiarkowanym i raczej chłodnym, stoją obok siebie jako kraje o małej umieralności niemowląt; Kanada z dość dużą rozmaitością klimatu i w większej części z surowymi zimami pod względem wielkości współczynnika zajmuje miejsce z jednej strony obok Francji z łagodnym klimatem, z drugiej—obok Niemiec z klimatem podobnym do klimatu Polski; Łotwa z klimatem zbliżonym do klimatu Polski posiada znacznie niższy współczynnik od Włoch, Hiszpanii, Japonii, Czechosłowacji i Polski, nie mówiąc już o Rumunii, pozostającej na miejscu ostatnim.

Wiemy, że czynnik klimatyczny wpływa jednak na wielkość współczynnika umieralności niemowląt. W surowe, długie zimy niemowlęta pozostają w zamkniętych źle wietrzących się pomieszczeniach; w lecie upały powodować mogą przegrzewanie, źle przystosowanego do regulacji ciepła organizmu niemowlęcia; znane też są letnie biegunki, powodujące wielką umieralność.

Nie ulega kwestii, że wpływ czynnika klimatycznego zaciera się w wielkim stopniu przez wpływy czynników innych i przede wszystkim przez wpływy kultury higienicznej w szerokim znaczeniu tego wyrazu: wierzenia i przesądy, zwyczaje i obyczaje, panujące śród ludności, poziom uświadomienia higienicznego, zwłaszcza co do żywienia i pielęgnowania niemowląt, rozwój pomocy lekarskiej i opieki nad matką i niemowlęciem, rozwój urządzeń sanitarnych, stan spra-

wy mieszkaniowej i wiele innych czynników, składających się na stan higieniczny kraju, wszystko to odbija się najsilniej na wrażliwych organizmach niemowląt.

W tablicy 2 mieliśmy przegląd współczynników umieralności niemowląt, t. j. liczb względnych, nadających się do porównań. Same te liczby nie uzmysławiają należycie strat ponoszonych przez kraje. Pełną poniekąd ich miarę daje dopiero odpowiednie zestawienie liczb bezwzględnych i względnych.

Dlatego też w tabl. 3 podaję dla Polski zestawienie za lata 1927—1935 [1]) szacunku ludności, urodzeń żywych, zgonów z osobną rubryką zgonów niemowląt i %-owym stosunkiem liczb umieralności niemowląt do liczb umieralności ogólnej, a także zestawienie odnośnych współczynników w obliczeniu na 1000 mieszkańców.

Tablica 3.

Lata kalendarzowe	W okrągłych tysiącach				Na 1000 mieszkańców			Stosunek %-owy liczb umieralności niemowląt do liczb umieralności ogólnej
	Ludność Polski przeciętna w ciągu roku	Urodzenia żywe	Zgony		Urodzenia żywe	Zgony		
			Ogółem	niemowląt		Ogółem	Niemowląt	
1927	30294	959	526	145	31,6	17,3	4,8	27,7
1928	30697	991	504	144	32,3	16,4	4,7	28,7
1929	31083	994	519	149	32,0	16,7	4,8	28,7
1930	31472	1023	488	146	32,5	15,5	4,7	30,3
1931	31931	965	494	137	30,2	15,5	4,3	27,7
1932	32407	935	487	135	28,8	15,0	4,2	28,0
1933	32831	869	466	111	26,5	14,2	3,4	24,0
1934	33221	882	480	124	26,5	14,4	3,8	24,0
1935	33620	877	471	111	26,1	14,0	3,3	23,6

W tablicy tej współczynniki zgonów niemowląt obliczone są nie tak jak zwykle—na 100 żywych urodzeń, lecz na 1000 mieszkańców czyli tak jak oblicza się licznik ułamka Schloszmann'a, a ponieważ urodzenia żywe i umieralność ogólną wykazuje się również na 1000 mieszkańców, zestawienie takie daje miarę strat poniesionych wskutek umieralności niemowląt pełniejszą, niż współczynniki umieralności niemowląt.

[1]) Wiadomości Statystyczne. R. XIV, Z. 10, 5.IV 36 r., str. 199 i 200.

Absolutne liczby zgonów niemowląt w ciągu 4-ch pierwszych lat zestawionych utrzymują się mniej więcej na jednym poziomie, co też widzimy i z odnośnych liczb względnych; spadek umieralności niemowląt wyraźnie występuje od r. 1931. Rok 1930, sądząc z absolutnych liczb urodzeń i zgonów, wydaje się dość pomyślnym: występuje największa liczba urodzeń i najmniejsza śród tych pierwszych 4-ch lat umieralność ogólna oraz mniejsza w porównaniu z r. 1929 umieralność niemowląt; odbiło się to również i na liczbach względnych, jednak jeżeli weźmiemy pod uwagę %-owy stosunek zgonów nemowląt do umieralności ogólnej, to pokazuje się, że pod tym względem rok ten był najmniej pomyślny, gdyż umieralność niemowlęca stanowiła 30% umieralności ogólnej. Musiały więc być jakieś przyczyny tego, że przy dość znacznym spadku umieralności ogólnej udział w niej zgonów niemowląt był większy, niż w inne lata. Na ogół udział umieralności niemowlęcej w umieralności ogólnej zaznacza się wyraźną zniżką dopiero od r. 1933, mimo że tak zwany kryzys u nas się wciąż pogłębiał. Zadowalającego wytłumaczenia tych faktów w obecnym czasie nie znajdujemy, nie mamy bowiem danych co do przyczyn zgonów niemowląt w latach zestawianych i musimy poprzestać na domyślaniu się poprawy raczej stosunków higienicznych niż ekonomiczno-gospodarczych, aczkolwiek stosunki te zazwyczaj ściśle się wiążą między sobą.

Stan kultury ludności w Polsce przedstawia się, jak wiadomo, niejednolicie: dzielnice zachodnie, które pozostawały pod zaborem pruskim, stoją kulturalnie najwyżej, na poziomie zaś najniższym — dzielnice wschodnie z b. zaboru rosyjskiego.

Owa niejednolitość kultury powinnaby się odbić na umieralności niemowląt.

Na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego [1]) ułożyłem za lata 1927 i 1928 oraz lata 1932—1935 zestawienie współczynników umieralności niemowląt wg grup województw: centralnych, wschodnich, zachodnich i południowych (tabl. 4). Za lata 1929—1931 danych nie znalazłem.

W zestawieniu tym uwydatnia się wyraźnie zaprzeczenie powyższemu przypuszczeniu — województwa zachodnie wykazują umieralność niemowląt taką samą niemal jak województwa południowe, w których umieralność jest największa; w województwach natomiast

[1]) „Wiadomości Statystyczne“ z odnośnych lat i „Statystyka Polski. Serja A. Tom 27. Małżeństwa, urodzenia i zgony. 1927, 1928“. Warszawa. 1934.

wschodnich, pod względem kultury ogólnej i higienicznej w szczególności pozostających na poziomie najniższym, współczynnik umieralności niemowląt jest najmniejszy.

Tablica 4.

Współczynniki umieralności niemowląt w poszczególnych dzielnicach.

Województwa \ Rok	1927	1928	1932	1933	1934	1935
Centralne	14,5	14,0	13,9	12,1	11,3	10,8
Wschodnie	11,8	11,6	12,1	10,9	11,5	10,2
Zachodnie	16,8	16,8	15,7	14,0	15,0	13,3
Południowe	17,7	16,5	15,8	14,6	16,2	14,4

Pewne wyjaśnienie tego paradoksu znajdujemy u S. Szulca[1]: „Za notorycznie stwierdzoną należy uważać niekompletną rejestrację zgonów niemowląt. Jeżeli bowiem według statystyki r. 1927 w województwach wschodnich naliczono tylko 11,8 zgonów niemowląt na 100 urodzeń, w centralnych 14,5, w zachodnich 16,8, a w południowych 17,7, to liczba dla województw centralnych jest wątpliwa, dla wschodnich napewno błędna". Również i we wstępie do tablic „Małżeństwa urodzenia i zgony — 1927, 1928" [2]) znajdujemy: „Rejestracja zgonów jest o wiele dokładniejsza, aniżeli rejestracja urodzeń; na większej części ziem polskich jest zupełnie ścisła wobec istnienia surowych i ściśle przestrzeganych przepisów o grzebaniu zmarłych. Wydaje się jednak pewnem, że w województwach wschodnich i we wschodnich powiatach województw centralnych pewna część zmarłych jest grzebana z pominięciem obowiązujących przepisów, nie trafia do akt zgonu, a tem samem również do statystyki. Dotyczy to w szczególności zgonów małych dzieci: umieralność niemowląt na naszym wschodzie jest napewno o wiele wyższa, niżby to wynikało z ogłoszonych poniżej liczb".

W wykazach ruchu naturalnego ludności, systematycznie podawanych w „Wiadomościach Statystycznych", zawsze znajdujemy u dołu tych wykazów uwagę: „Dane o ruchu ludności w województwach

[1]) Ludność Polski według wieku w latach 1927, 1928 i 1929. Kwartalnik Statystyczny T. VII, zesz. 4, r. 1930, str. 1516 i inne.
[2]) Op. cit. (6), str. IX i X.

centralnych i wschodnich są niekompletne dla wyznania mojżeszowego, a częściowo i dla innych wyznań, wobec pewnych luk w rejestracji urodzeń i w mniejszym stopniu zgonów".

Co do wyznania mojżeszowego, przytaczam niektóre wyjątki z pracy C. Szabada — Ruch ludności żydowskiej w Wilnie w okresie lat 1911—1920. Autor podaje, [1] że „w księgach kancelaryjynch nadrabina spotykamy się zawsze z względnie małą ilością urodzeń dziewcząt. Naprzykład, w okresie lat 1893—1902 na sto (100) dziewcząt zapisano 196 chłopców, a w okresie lat 1911—1915 156"... „Taką nieścisłość zapisów urodzeń można objaśnić tem, że urodzenia dziecka płci żeńskiej żydzi nie obchodzą żadnym aktem religijnym, podczas gdy każdy nowonarodzony chłopiec, jak wiadomo, na 8-my dzień życia podlega obrzezaniu przez fachowców-obrzezaczy zatwierdzonych przez rabina, i wtenczas dziecko otrzymuje imię"... „obrzezacz *(Mohel)* obowiązany jest o każdym takim akcie zawiadomić nadrabina za swoim podpisem, podając imię rodziców i dziecka". „Żaden nieboszczyk nie może być pochowany na cmentarzu żydowskim bez odpowiedniego świadectwa lekarskiego, nawet podrzutek, lub część ciała po operacji"... „Wszystkie te księgi prowadzi wyłącznie kancelarja przy t. zw. Zarządzie Synagogi *(Gdoko-Gdojlo)*. Oprócz tego takie same zapisy prowadzi i kancelarja nadrabina".

Jeżeli mimo wydanych w r. 1927 przepisów o rejestracji prowadzi się ową rejestrację tak jak opisuje C. Szabad, to w ruchu ludności wyznania mojżeszowego powinny uwidoczniać się pewne odchylenia od stosunków statystycznych stwierdzonych dla ogółu ludności. Co do niemowląt wyznania mojżeszowego, należy spodziewać się odchyleń następujących:

1) mniejszych współczynników urodzeń żywych,

2) nieproporcjonalnej przewagi urodzeń chłopców nad urodzeniami dziewcząt,

3) mniejszej różnicy pomiędzy współczynnikami umieralności chłopców i dziewcząt.

Musiałoby to wszystko uwidoczniać się tym wyraźniej, im większe liczby urodzeń dziewcząt wyznania mojżeszowego wymykały się z rejestracji.

Szczegółowe dane o urodzeniach i zgonach niemowląt w Polsce wg płci i wyznania w liczbach absolutnych zostały podane w cytowanym wyżej wydawnictwie Głównego Urzędu Statystycznego „Mał-

[1]) Pamiętnik Wil. Tow. Lek. 1928, str. 120 oraz 125 i 126.

żeństwa, urodzenia i zgony 1927, 1928" [1]). Ale co do p. 1 spodziewanych odchyleń, posługiwać się nią nie możemy, gdyż dla tych lat brakuje podziału ludności wg wyznania, a liczb względnych, tj. odnośnych współczynników nie podano. To też na potwierdzenie p. 1 wykorzystamy dane o urodzeniach i zgonach za okres 1930—1934 r. [2]), podając zestawienie w tablicy 5.

Tablica 5.

Wyznanie	Urodzenia żywe w tysiącach	Zgony w tysiącach	Urodzenia żywe na 1000 miesz.	Zgony na 1000 miesz.
Rzymskokatol.	606	310	29,7	15,2
Greckokatol. . . .	114	68	32,8	19,6
Prawosławne	130	60	32,6	15,0
Ewangelic.	18	13	21,2	15,1
Mojżeszowe	61	30	19,9	10 0
Inne	5	2	—	—
Ogółem	934	483	28,8	14,9

W tablicy tej liczby dla lat 1930—1934 są przeciętne. Nawiasem mówiąc, do liczb ruchu ludności wyznania mojżeszowego jest uwaga: „Liczby niekompletne wskutek wadliwej rejestracji". Wnioskować można z tego, że w latach 1930 — 1934 rejestracja ruchu ludności wyznania mojżeszowego odbywała się tak, jak podaje to C Szabad dla lat poprzednich. Z tablicy widzimy, że ludność wyznania mojżeszowego wykazuje rozrodczość najniższą śród ludności Polski, a więc p. 1 naszych przypuszczeń co do odchyleń sprawdza się w zupełności. Widzimy też, że i liczba zgonów jest najniższa. O tym zresztą mowa będzie później.

W latach 1927 i 1928 w Polsce stosunki liczbowe urodzeń i zgonów niemowląt wg wyznania i płci przedstawione są w tablicy 6.

Jeżeli teraz z tych danych obliczymy, ile na 100 urodzeń dziewcząt przypada urodzeń chłopców i dokonamy takiegoż obliczenia co do zgonów, oraz obliczymy, ile na 100 żywych urodzeń przypada

[1]) *Op. cit.* patrz (6) Tabl. 12 — str. 28, 92 i 94. Tabl. 23 — str. 48 i 49, oraz 114 i 115.

[2]) Mały Rocz. Stat. 1935. Tabl. 2, str. 26.

Tablica 6.

Wyznanie	Rok 1927				Rok 1928			
	Urodzenia żywe		Zgony niemowląt		Urodzenia żywe		Zgony niemowląt	
	Chłopcy	Dziewczęta	Chłopcy	Dziewczęta	Chłopcy	Dziewczęta	Chłopcy	Dziewczęta
Rzymskokatol.	322925	302295	53695	41718	335735	313220	53765	42359
Greckokatol.	59892	56418	13091	10579	61054	57102	12608	9907
Prawosławne	70749	66813	10081	7715	71708	67341	9938	7550
Ewangelickie	9694	8988	1791	1465	10198	9491	1866	1401
Mojżeszowe	30968	25520	2328	1784	32440	27792	2276	1670
Inne	2316	2155	367	232	2519	2393	371	285
Ogółem . . .	496544	462189	81317	63493	513654	477339	80824	63172
	958733		144810		990993		143996	

zgonów z osobna dziewcząt i chłopców, otrzymamy dane, przedstawione w tabl. 7:

Tablica 7.

Wyznanie	Na 100 urodzeń dziewcząt przypada urodzeń chłopców		Na 100 zgonów dziewcząt przypada zgonów chłopców		Na 100 żywych urodzeń przypada zgonów			
					w r. 1927		w r. 1928	
	r. 1927	r. 1928	r. 1927	r. 1928	dziewcząt	chłopców	dziewcząt	chłopców
Rzymskokat.	106,8	107,1	128,6	126,9	13,8	16,6	13,5	16,0
Greckokat.	106,1	106,9	123,7	127,3	18,8	21,9	17,3	20,7
Prawosławne	105,9	106,5	130,7	131,6	11,5	14,2	11,2	13,9
Ewangelickie	107,9	107,5	122,2	133,2	16,3	18,6	14,8	18,3
Mojżeszowe	121,4	116,8	130,5	136,0	7,0	7,5	6,0	7,0
Wszystkie wyznania łącznie	107,2	107,6	128,1	127,9	13,2	16,4	13,2	15,7

Widzimy, że p. 2 naszych przypuszczeń o większej przewadze liczb urodzeń chłopców nad liczbami urodzeń dziewcząt wyznania mojżeszowego niż w wyznaniach innych znajduje w tej tablicy potwierdzenie.

Również i p. 3 potwierdza się: różnica pomiędzy współczynnikami umieralności niemowląt chłopców i dziewcząt wyznania mojże-

szowego wynosi 0,5 dla r. 1927 i 1,0 dla r. 1928; inne wyznania wykazują różnice o wiele większą, przekraczającą 2 a nawet 3 (wyzn. greckokat. w obu latach i ewang. w r. 1928).

Jasne więc jest, że rejestracja zgonów niemowląt wyznania mojżeszowego szwankuje i rzeczywisty współczynnik umieralności jest o wiele niż większy wykazany. Prawdopodobnie jednak jest on na ogół mniejszy niż współczynniki umieralności innych wyznań. Należy bowiem przyznać, że ludność żydowska bardziej niż chrześcijańska dba o zdrowie własne i zdrowie swych dzieci, częściej zwraca się o poradę i opiekę lekarską, tym bardziej że w głównej swej masie zamieszkuje ona w miastach i miasteczkach, gdzie znacznie łatwiej o tę poradę; ludność chrześcijańska u nas żyje w przeważającej większości na wsi i ma o wiele mniej sposobności korzystania z pomocy lekarskiej; b. często w ostatecznym tylko razie zwraca się o tę pomoc, gdy leczenie znachorów i porady sąsiedzkie oraz sposoby domowe zawiodą; do porad lekarskich nie jest przyzwyczajona na wsi, często z pewną rezygnacją, graniczącą z obojętnością, stosuje się do faktu zachorowania dzieci i wykazuje nieufność do zaleceń higienicznych i przepisów lekarskich.

Wieś na ogół powinna w tych warunkach posiadać u nas większą umieralność niemowląt niż miasta i miasteczka. Tablica 8, ułożona na podstawie danych wymienionych pod (10), daje odnośne liczby absolutne umieralności niemowląt wg rodzaju osiedli. Liczby te należy przeliczyć na liczby względne (współczynniki).

W tablicy tej miasta duże — z ludnością 100 tysięcy i więcej, miasta średnie — z ludnością od 25 do 100 tysięcy i miasta małe — z ludnością poniżej 25 tysięcy.

Tablica 8.

		Rodzaj osiedli	WYZNANIE: Rzymskokat.	Greckokat.	Prawosławne	Ewangel.	Mojżeszowe	Inne	Ogółem
Rok 1927.	Urodzenia	Miasta duże	45264	617	208	1703	12364	238	60394
		„ średn.	22157	943	624	640	7650	44	32058
		„ małe	56824	4893	3431	1541	22197	296	89182
		Wieś . . .	500975	109857	133299	14798	14277	3893	777099
		Ogółem .	625220	116310	137562	18682	56488	4471	958733
	Zgony	Miasta duże	7082	51	33	258	1297	58	8779
		„ średn.	3570	189	70	81	571	16	4497
		„ małe	8465	892	494	231	1388	43	11513
		Wieś . . .	76260	22538	17199	2686	856	482	120021
		Ogółem .	95377	23670	17796	3256	4112	599	144810

		Rodzaj osiedli	WYZNANIE: Rzym-skokat.	Grecko-kat.	Prawo-sławne	Ewan-gel.	Mojże-szowe	Inne	Ogółem
Rok 1928.	Urodzenia	Miasta duże	45672	508	273	1590	12702	256	61001
		„ średn.	23179	1063	522	566	7777	39	33146
		„ małe	61127	4972	3566	1479	23832	246	95222
		Wieś . . .	518977	111613	134688	16054	15921	4371	801624
		Ogółem .	648955	118156	139049	19689	60232	4912	990993
	Zgony	Miasta duże	6941	38	23	230	1218	52	8502
		„ średn.	3788	183	71	102	549	10	4703
		„ małe	8685	922	440	207	1335	56	11645
		Wieś . . .	76710	21372	16954	2728	844	538	119146
		Ogółem .	96124	22515	17488	3267	3946	656	143996

Obliczone stąd współczynniki niewomląt przedstawiają się następująco (tabl. 9).

Tablica 9.

Wyznanie \ Rodzaj osiedli	Miasta duże		Miasta średnie		Miasta małe		Wieś		Ogółem	
	1927	1928	1927	1928	1927	1928	1927	1928	1927	1928
Rzymsko-katol. . .	15,6	15,2	16,1	16,3	14,9	14,2	15,2	14,8	15,4	14,8
Grecko-katol. . .	8,2	7,5	20,0	17,2	18,2	18,5	20,5	19,1	20,3	19,1
Prawosław.	15,9	8,4	11,2	13,6	14,4	12,3	12,9	12,6	12,9	12,6
Ewangel. .	15,1	14,5	12,6	18,4	15,0	14,1	18,2	16,9	17,4	16,6
Mojżeszowe	10,5	9,6	7,5	7,1	6,2	5,6	6,0	5,3	7,3	6,6
Inne . . .	24,4	20,3	36,4	25,7	14,5	22,6	12,4	12,3	13,4	13,4
Razem .	14,5	13,9	14,0	14,2	12,9	12,2	15,4	14,9	**15,1**	**14,5**

Co do liczb tablicy 9 nasuwają się uwagi następujące:

Rok 1927 naogół zaznaczył się większą umieralnością niemowląt niż rok 1928, co uwidocznia się na skrzyżowaniu rubr. „ogółem" i „razem". To samo widzimy w poszczególnych rodzajach osiedli (rubr. „Razem") z wyjątkiem „Miasta średnie", które w roku 1927 razem miały nieco niższą umieralność niemowląt, niż w r. 1928.

Poszczególne wyznania wykazują w rubryce „ogółem" również przewagę umieralności niemowląt dla r. 1927, jedynie wyznania „Inne" mają liczby dla obu lat jednakowe.



Przy porównaniu współczynników tabl. 9 w 4 grupach osiedli wg poszczególnych wyznań miarą naszą powinny być współczynniki 15,1 dla roku 1927 i 14,5 dla roku 1928—przeciętne dla całego obszaru Polski i dla wszystkich wyznań (skrzyżowanie rubryk „ogółem" i „razem".

Przegląd liczb poszczególnych rozpoczniemy od rubryki „razem". Najmniejsza umieralność niemowląt przypada na miasta małe, z kolei idą miasta średnie i duże, niewiele pod tym względem różniące się między sobą, przy tym współczynniki dla miast są naogół mniejsze, niż nasze przeciętne, dla wsi natomiast są większe od tej miary.

Próbę wytłumaczenia owej kolejności, jak również wytłumaczenia zjawisk innych zasługujących na odnotowanie, podamy nieco później.

Przechodząc do przeglądu współczynników umieralności niemowląt wg wyznań, stwierdzić należy dość dużą niekiedy rozpiętość wahań liczbowych w różnych grupach osiedli.

W y z n a n i e r y m s k o k a t o l i c k i e. Z wyjątkiem grupy miast małych współczynniki umieralności w innych grupach osiedli są w obu latach większe od naszych przeciętnych. Okoliczność ta odbiła się na współczynnikach rubryki dla tego wyznania „ogółem" o tyle, że są one większe o 0,3 od naszych przeciętnych dla całej Polski. Zaważyły tu współczynniki umieralności niemowląt w miastach dużych i średnich i w małym stopniu wieś, która swą masą przytłumiła obniżający wpływ współczynników w miastach małych i przeto sprzyjała utrzymaniu się wyższego poziomu umieralności niemowląt; właśnie owa do pewnego stopnia bierna rola wsi ujawniła się szczególnie w roku 1927, kiedy współczynnik dla wsi był nawet nieco niższy od średniej tego roku dla wyznania rzymskokatolickiego, a również do pewnego stopnia w roku 1928, kiedy współczynniki wsi i „ogółem" były jednakowe.

Z tego można by wnioskować, że w naszych dużych i średnich miastach jakieś warunki bytowania niemowląt, przynajmniej wyznania rzymskokatolickiego, były w owych latach gorsze niż w miastach małych.

Przy tej okazji podaję próbę wytłumaczenia, dlaczego nasze miasta małe w ogóle wykazują stosunkowo niewielkie współczynniki umieralności niemowląt. Być może właśnie decydujący wpływ na wielkość współczynników wywiera ludność żydowska, która, jak to już zaznaczaliśmy, wykazuje stosunkowo b. małe współczynniki umie-

ralności niemowląt, a która w przeważającej większości naszych małych miast stanowi sporą liczbę mieszkańców.

Zanim zaczniemy omawianie współczynników dla wyznań innych, musimy tu podkreślić, że absolutne liczby tablicy 8 dla wyznania rzymskokatolickiego są aż nadto duże dla snucia rozważań i wnioskowania, czego nie można powiedzieć o liczbach absolutnych w pewnych rubrykach trzech z kolei następujących wyznań. Należy właśnie przypomnieć sobie o prawie liczb wielkich i o podstawowym warunku badań i rozważań statystycznych — na podstawie małych liczb na ogół nie można robić porównań, posługując się procentami, współczynnikami i w ogóle liczbami względnymi; wnioskowanie w tych razach przypadkowo tylko może być trafne; oczywiście, zachowanie tej ostrożności wskazane jest zawsze tam, gdzie chodzi o zjawiska, na które wywiera wpływ szereg różnorodnych czynników, często mało uchwytnych, nieobliczalnych; umieralność niemowląt pozostaje właśnie pod przemożnym wpływem czynników tego rodzaju.

Przechodząc do przeglądu współczynnikóww dla wyznania greckokatolickiego, musimy wyeliminować miasta duże, w których absolutne liczby, zarówno urodzeń jak też zgonów, są dla obu lat dość małe. Temi małemi liczbami tłumaczy się niewspółmierność (w tabl. 9) współczynników umieralności w miastach dużych i współczynników w innych kategoriach osiedli. Mała umieralność niemowląt w miastach dużych może być wytłumaczona przypadkowością następującą:

Ludność wyznania greckokatolickiego, nielicznie zamieszkująca w miastach dużych, należy zapewne do najbardziej kulturalnych i nieźle sytuowanych warstw społeczeństwa ukraińskiego; w tych warunkach umieralność niemowląt jest zazwyczaj mała. Już w miastach mniejszych w społeczeństwie ukraińskim powinna być duża przewaga elementu o niższej kulturze, biedniejszego zapewne, na wsi zaś (wojew. połudn.) ów element stanowią wielkie masy ludności ukraińskiej; znajduje to wyraz w dużych absolutnych liczbach urodzeń i zgonów, a również w dużych liczbach odnośnych współczynników.

Wyznanie prawosławne: Dwie pierwsze kategorje osiedli z wyżej już podanych powodów (zbyt małe liczby absolutne) nie mogą być uważane co do umieralności niemowląt za typowe dla tego wyznania. Tem się też tłumaczy fakt, że w miastach dużych dla roku 1927 współczynnik jest niemal dwukrotnie większy od współczynnika dla roku 1928. Przypadkowość tu jest oczywista.

Gros ludności tego wyznania należy do narodowości białoruskiej, zamieszkuje przeważnie wsie województw wschodnich; wiemy, że warunki bytowania wsi białoruskiej są wysoce niesprzyjające pod względem higjenicznym, a mimo to widzimy w tablicy 9 współczynniki najniższe śród ludności wyznań chrześcijańskich. Wytłumaczenie tego paradoksalnego faktu (wadliwa rejestracja) podane zostało wyżej przy rozważaniach nad danymi tabl. 4. W tabl. 4 widzimy właśnie dla roku 1927 współczynnik 11,8, a dla roku 1928 — 11,6, wówczas kiedy dla najbardziej kulturalnych i zamożnych województw zachodnich dla obu lat mamy współczynnik 16,8.

Wyznanie ewangelickie: W miastach średnich wobec małych liczb absolutnych współczynniki umieralności nie są miarodajne. Tu również widzimy wpływ małych liczb absolutnych na wielkość wahań współczynników — w roku 1927 w miastach tych umieralność niemowląt wynosiła 12,6, a w roku 1928 — 18,4, mimo że umieralność w roku 1927 (rubr. „ogółem" w tabl. 9) była większa niż w roku 1928. Stwierdzić trzeba, że ludność wyzn. ewangelickiego wykazuje na ogół dość dużą umieralność niemowląt i pod tym względem ustępuje tylko ludności wyznania greckokatolickiego. Wytłumaczenia tego faktu można by doszukiwać się w tym, że około 80% zgonów niemowląt tego wyznania przypada na wieś, w której umieralność jest większa niż w miastach dużych i małych.

Wyznanie mojżeszowe: O umieralności niemowląt tego wyznania już mówiliśmy. Są próby tłumaczenia małej stosunkowo umieralności żydów swego rodzaju odpornością nabytą w ciągu wieków przez naród ten, zamieszkujący przeważnie w miastach, w najmniej higienicznych dzielnicach; właśnie niemal 80% zgonów niemowląt wyznania mojżeszowego przypada na miasta (tabl. 8); należy też zaznaczyć, że umieralność niemowląt tego wyznania jest w obu latach najmniejsza na wsi, co zapewne trzeba odnieść na karb bardziej wadliwej rejestracji na wsi.

Inne wyznania. Odnośne liczby absolutne w miastach (tabl. 8) są niewystarczające; odbija się to na współczynnikach — w miastach dużych i średnich są one bardzo duże w porównaniu z naszą miarą (rubr. „ogółem" w tabl. 9), w małych natomiast współczynniki są mniejsze w roku 1927 i bardzo duże w roku 1928, który, jeśli chodzi o umieralność niemowląt, był właśnie bardziej pomyślny niż rok 1927.

Wieś, gdzie liczby absolutne są wystarczające, wykazuje względnie niewielkie współczynniki. Więcej niż połowa zgonów niemowląt

wyznań innych przypada na województwa wschodnie, które, jak widzieliśmy w tabl. 4, wykazują w ogóle najmiejsze współczynniki umieralności niemowląt, i to właśnie może służyć za wytłumaczenie stosunkowo niewielkich liczb umieralności niemowląt wyznań innych na wsi. Ocena wiarogodności tych liczb była podana przy omawianiu tablicy 4.

Pozostaje nam do odnotowania sprawa umieralności niemowląt wg wieku i miesiąca (ewent. pory roku) oraz wg charakteru prawnego urodzeń. Jak o innych, tak też i o tych szczegółach umieralności niemowląt mamy dane z tych samych lat 1927 — 1928. Niżej załączone zestawienie (tabl. 10), ułożone na podstawie liczb odnośnych tablic [1]) poprzednio cytowanego już nieraz wydawnictwa Gł. Urz. Stat. — Małżeństwa, urodzenia i zgony—1927, 1928—, przedstawia umieralność niemowląt w liczbach względnych w (⁰/₀-ach) dla

Tablica 10.

⁰/₀-wy rozkład umieralności niemowląt w Polsce wg wieku i wyznania w latach 1927 i 1928.

Wiek: dnie i miesiące	Ogółem wszystkie wyznania		Rzymskokatol.		Grecko-katol.		Prawosławne		Ewangelickie		Mojżeszowe		Inne	
	1927	1928	1927	1928	1927	1928	1927	1928	1927	1928	1927	1928	1927	1928
0— 9 dni	18,1	18,6	19,7	20,0	17,7	18,2	10,0	10,8	19,7	20,8	16,1	18,0	20,9	20,3
10—19 „	9,9	10,0	10,0	10,3	10,1	10,4	8,9	8,4	12,8	11,7	8,6	9,2	8,8	8,0
20—29 „	6,4	6,6	6,7	6,6	6,2	6,8	4,7	5,9	8,1	7,9	6,7	7,3	4,2	5,3
razem poniżej 1 mies.	34,4	35,2	36,4	36,9	34,0	35,4	23,6	25,1	40,6	40,4	31,4	34,5	33,9	33,6
1 mies.	12,2	12,7	11,9	12,2	13,1	13,9	12,7	13,6	14,7	13,5	11,4	12,0	8,8	9,8
2 „	9,0	9,1	8,7	9,0	9,4	9,8	10,0	10,2	9,1	10,0	8,3	8,4	7,2	6,6
3 „	7,7	7,3	7,7	7,3	7,4	7,0	9,0	7,8	8,0	7,5	6,5	6,4	6,8	6,0
4 „	5,9	5,8	5,8	5,8	5,7	5,3	7,1	6,6	5,8	6,4	5,5	5,2	5,5	6,0
5 „	4,9	4,8	4,9	4,8	4,8	4,3	5,1	5,2	4,1	4,7	4,8	4,7	3,3	4,7
6 „	6,4	5,5	5,7	5,1	5,8	5,0	12,0	8,2	4,1	3,9	6,0	5,9	5,6	7,6
7 „	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1	4,0	4,4	4,8	3,0	3,0	5,0	4,4	3,8	4,1
8 „	4,2	4,1	4,2	4,0	4,2	3,8	4,5	5,2	2,6	2,8	5,3	4,9	2,8	3,1
9 „	4,1	3,9	4,0	3,8	4,0	3,8	4,3	4,7	3,2	2,7	6,2	4,9	3,8	2,4
10 „	3,4	3,4	3,3	3,2	3,5	3,5	3,7	4,0	2,1	2,1	4,8	3,9	3,3	3,8
11 „	2,6	2,9	2,6	2,8	2,6	2,9	2,5	3,3	2,1	2,1	3,5	3,4	3,0	2,4
niewiadomy	1,0	1,1	0,7	1,0	1,4	1,3	1,1	1,3	0,6	0,8	1,3	1,4	12,2	9,9

[1]) Tabl. 24 — str. 51 i 117.

wszystkich wyznań ogółem i dla każdego w szczególności wg wieku (dekady i miesiące życia).

Dane tablicy 10 są zgodne z zauważoną od dawna prawidłowością, że najwięcej niemowląt umiera w ciągu pierwszych dni życia, mianowicie:

Dla całej Polski (rubryka „ogółem wszystkie wyznania") liczba zgonów niemowląt w wieku do 9 dnia życia włącznie wynosiła więcej niż 1/6 część wszystkich zgonów niemowląt; umieralność w ciągu drugiej dekady spadła niemal dwukrotnie, w trzeciej dekadzie znowuż mamy duży spadek umieralności. Razem przed ukończeniem 1 miesiąca życia umarło więcej niż 1/3 wszystkich zmarłych w ciągu roku niemowląt. Następnie z każdym ukończonym miesiącem niemowlęta umierały w coraz to mniejszej liczbie aż do końca 6. Po skończonym 6 miesiącu wystąpiła wyraźna zwyżka, być może pozostająca w związku z momentem dokarmiania niemowląt, następnie umieralność spadła ponownie i utrzymywała się na jednym prawie poziomie aż do ukończenia 10 miesiąca, poczem znowu dalej spadała.

Od tego typu umieralności niemowląt dla lat 1927 — 1928 śród poszczególnych wyznań odnotować należy pewne odchylenia:

Wyznanie rzymskokatolickie — większa nieco liczba zmarłych, które niedożyły końca 1 miesiąca, a przeto oczywiście na ukończone miesiące życia przypadają liczby odpowiednio mniejsze.

Wyznanie greckokatolickie — odchylenia tu są małe; zasługuje na wzmiankę jedynie dość duża liczba niemowląt, zmarłych po ukończonym 1 miesiącu życia, a poniekąd i po 2. W związku z tym nieco mniejsze liczby przypadają na inne miesiące.

Wyznanie prawosławne — uderza tu mała stosunkowo umieralność przed końcem poszczególnych dekad, skutkiem czego umieralność niemowląt poniżej 1 miesiącu życia jest stosunkowo niewielka. Uprzytomnić tu należy sobie, o czym już nadmienialiśmy wyżej, że *gros* ludności tego wyznania zamieszkuje na wsi w województwach wschodnich i we wschodnich powiatach województw centralnych. Tu właśnie Gł. Urz. Stat. robi zastrzeżenia co do prawidłowości rejestracji zgonów niemowląt. To też %-we stosunki umieralności tej w istocie powinny być inne.

Wyznanie ewangelickie — znaczne zwiększenie się liczby umierających w poszczególnych dekadach i wskutek tego duży % umieralności niemowląt przed ukończeniem 1 miesiąca życia. Nawet po skończonym 1 miesiącu umieralność śród niemowląt tego wyznania jest wyższa niż wyznań innych i prawie nie odbiega w następnych

3 miesiącach od umieralności niemowląt tegoż wieku wyznania rzymskokatolickiego i greckokatolickiego; dopiero z końcem 5 miesiąca życia niemowlęta wyznania ewangelickiego umierają w liczbie mniejszej; nie ma też po skończonym 6 miesiącu podskoku. Wytłumaczenie tych odchyleń z braku odnośnych danych musi oczywiście pozostawać w sferze domysłów. Być może ta wzmożona umieralność w ciągu pierwszych 5 miesięcy pozostaje w związku z bardziej rozpowszechnionym karmieniem sztucznym niemowląt od pierwszych chwil ich życia. Domysł tego rodzaju nasuwa się w związku z brakiem podskoku umieralności niemowląt po 6 miesiącu. Jest to, powtarzam, tylko domysł. Gdybyśmy rozporządzali materiałem za dłuższy szereg lat i mieli tego rodzaju rozkład umieralności, domysł ten miałby dość ważką podstawę. Materiał z 2 kolejno następujących lat oczywiście jest za mały; z równym prawem można przypuszczać tu jakąś przypadkowość.

Wyznanie mojżeszowe. Umieralność niemowląt w ciągu pierwszych 6 miesięcy ich życia %-wo naogół jest mniejsza, niż umieralność niemowląt „ogółem wszystkich wyznań". Jest to zapewne skutkiem większej dbałości w pielęgnowaniu swych niemowląt i większego korzystania porady i opieki lekarskiej, o czym już była wyżej wzmianka. Po 7 miesiącu niemowlęta tego wyznania wykazują nieco większy % umieralności niż „ogółem wszystkie wyznania".

Wyznania inne. Stosunkowo dość duża jest umieralność niemowląt przed ukończeniem 1 dekady i niższa w porównaniu z umieralnością „ogółem wszystkie wyznania" przed ukończeniem 2 oraz 3 dekady, tak że na ogół umieralność w wieku poniżej 1 miesiąca życia jest mniejsza od ogólnej w tym wieku oraz od umieralności niemowląt poszczególnych wyznań z wyjątkiem prawosławnego, które, jak o tym mówiono wyżej, powinnoby mieć o wiele większa umieralność, gdyby odnośną rejestrację prowadzono mniej więcej prawidłowo.

Zanotować wreszcie należy, że r. 1928, pomyślniejszy na ogół pod względem umieralności niemowląt, wykazuje większy % umieralności niemowląt przed ukończeniem dekady pierwszej, niż rok 1927, w którym ogólna umieralność niemowląt była większa. Wytłumaczenia tego faktu z braku potrzebnych danych podać nie można.

W umieralności niemowląt zazwyczaj zauważyć się daje nasilenie w zimie (najczęstsze występowanie zapalnych stanów płuc i w ogóle dróg oddechowych), oraz w lecie (ostre i przewlekłe zatrucia pokarmowe.

Ilustruje owe stosunki tablica 11, ułożona na podstawie odnośnych danych Gł. Urz. Stat. [1])

Tabl. 11.

Miesiąc / Rok	Polska		Wojew. centralne		Wojew. wschodnie		Wojew. zachodnie		Wojew. południowe	
	1927	1928	1927	1928	1927	1928	1927	1928	1927	1928
Styczeń . .	10,3	7,1	11,0	7,1	10,7	6,5	8,0	7,0	10,5	7,2
Luty . . .	9,7	7,3	10,6	7,5	9,8	7,0	8,7	6,7	8,9	7,6
Marzec . .	9,3	9,4	9,2	9,1	9,4	10,0	9,7	7,6	9,1	10,4
Kwiecień .	7,5	8,4	7,1	7,9	7,1	9,1	7,6	7,6	8,1	9,1
Maj . . .	6,9	7,4	6,6	7,0	6,7	6,9	6,9	7,5	7,3	8,1
Czerwiec .	6,4	7,0	6,1	7,2	5,7	6,2	7,3	7,7	6,6	6,9
Lipiec . .	7,9	8,0	7,5	8,5	7,7	7,7	8,7	9,2	8,2	7,2
Sierpień .	11,7	10,2	11,9	10,6	13,0	9,6	11,1	10,5	11,2	9,9
Wrzesień .	9,7	9,5	9,7	9,4	10,7	10,0	9,5	9,5	9,3	9,2
Październik	7,4	8,2	7,1	8,1	7 3	8,3	7,7	8,6	7,7	8,1
Listopad .	6,1	7,4	5,9	7,2	5,8	7,9	7,1	8,0	6,0	7,0
Grudzień .	7,1	10,0	7,3	10,4	6,1	10,8	7,7	10,1	7,1	9,3

W tablicy tej widzimy, jaki był podział w %-ch umieralności niemowląt wg poszczególnych miesięcy w roku 1927 i 1928 w całej Polsce i w 4 grupach województw z osobna.

W obu latach wyraźnie występowało nasilenie umieralności już w lipcu, a szczególnie silnie w sierpniu i wrześniu, zapewne w związku z zatruciami pokarmowo-zakaźnymi. Poza tym zwraca uwagę nasilenie w chłodnych miesiącach, pozostające zapewne w związku z częstym występowaniem zapaleń płuc; przypada ono w roku 1927 na styczeń, luty i marzec, przy czym w województwach zachodnich większe jest marcu niż w styczniu, w roku zaś 1928 — na marzec i kwiecień z wyjątkiem województw zachodnich oraz w grudniu we wszystkich grupach województw.

Co do przyczyn zgonów, to z roku 1927 nie ma wcale danych, dotyczących grupy województw centralnych. Dane z jednego tylko

[1]) Tabl. 20 — str. 41 i 42 oraz str. 107 i 108 — Małżeństwa, urodzenia i zgony — 1927, 1928.

roku 1928 nie są wystarczającym materiałem dla charakterystyki umieralności niemowląt. Oprócz tego Gł. Urz. Stat. na wstępie wydawnictwa odnośnego [1]) przestrzega przed wyciąganiem wniosków z liczb przytaczanych dla poszczególnych pozycyj przyczyn zgonów i wręcz mówi, że rubryka przyczyn zgonów „przeważnie źle jest podawana". Chodzi tu o ustalanie tych przyczyn. Z jaką rezerwą należy stosować się do tego ustalania, świadczyć może okoliczność, że w roku 1928 na ogólną liczbę wszystkich zgonów w Polsce wynoszącą 504207 było 231454 z diagnozą lekarską, czyli niecałe 46% (str. 119 wydawnictwa). Z tego powodu nie będziemy przytaczali liczb dla roku 1928, tym bardziej, że dla niemowląt nie ma rubryki o stwierdzeniu przez lekarza przyczyny zgonu.

W końcu dla charakterystyki umieralności niemowląt w Polsce nie jest sprawą obojętną, jak na materiale z 2 lat—1927 i 1928 r.— odbił się charakter prawny urodzeń; powszechnie wiadomo, że śród niemowląt nieślubnych panuje większa umieralność niż śród ślubnych. Tablica 12 ilustruje owe stosunki w Polsce i w poszczególnych grupach województw.

Tablica 12.

Charakter prawny	Rok	Polska	Wojew. centr.	Wojew. wschod.	Wojew. zachod.	Wojew. połud.
Urodzenia ślubne	1927	94,1	95,5	95,9	91,6	91,9
	1928	94,3	95,7	96,0	91,6	92,3
Zgony ślubne	1927	90,0	91,1	93,5	84,2	89,7
	1928	90,8	92,3	93,5	84,8	90,4
Urodzenia nieślubne . .	1927	5,9	4,5	4,1	8,4	8,1
	1928	5,7	4,3	4,0	8,4	7,7
Zgony nieślubne	1927	9,0	8,2	5,1	15,3	9,1
	1928	8,4	7,2	5,1	14,5	8,8
Zgony niemowląt z nieustalonym char. praw.	1927	1,0	0,7	1,4	0,5	1,2
	1928	0,8	0,5	1,4	0,7	0,8
Współczynnik umieralności niemowl. ślubn.	1927	14,4	13,8	11,5	15,5	17,3
	1928	14,0	13,5	10,8	15,5	16,2
Współczyn. umieralności niemowląt nieślubnych	1927	23,2	26,2	14,8	30,7	20,0
	1928	21,5	23,3	14,5	29,2	18,6

Uwaga: Urodzenia i zgony podano w %-ach odnośnych ogólnych liczb urodzeń i zgonów. Współczynniki umieralności — na 100 żywych urodzeń. Źródło — Małżeństwa, urodzenia i zgony — 1927, 1928 — tabl. 11 str. 26 i 27, tabl. 12 str. 92 i tabl. 22 str. 47 i 113.

[1]) Małżeństwa, urodzenia i zgony — 1927, 1928, str. X.

W tablicy tej zwraca przede wszystkim uwagę okoliczność, że liczby odnośnych rubryk dla obu lat są dość bliskie, a w kilku pozycjach nawet jednakowe. Dalej, % urodzeń ślubnych jest większy niż % zgonów niemowląt ślubnych, natomiast % urodzeń nieślubnych we wszystkich dzielnicach Polski jest większy, niż % zgonów niemowląt nieślubnych, to też i współczynniki umieralności niemowląt ślubnych wszędzie są mniejsze niż współczynniki—nieślubnych; jest to zresztą zgodne z ogólnie uznaną prawidłowością statystyczną. Na szczególną jednak uwagę zasługuje fakt, że w województwach zachodnich, najbardziej przecież kulturalnych w Polsce, współczynniki umieralności niemowląt nieślubnych są największe—przeszło dwukrotkie większe niż odnośne współczynniki w najmniej kulturalnych województwach wschodnich. (Pamiętać tu należy o wadliwej rejestracji w województwach wschodnich). Czy pozostaje to w jakimkolwiek związku z wyższą kulturą, trudno powiedzieć; bądź co bądź % zgonów nieślubnych, jak również i urodzeń nieślubnych, jest największy w województwach zachodnich; nawet w województwach południowych, w których % urodzeń nieślubnych jest tylko nieco mniejszy, niż w województwach zachodnich, współczynniki umieralności niemowląt nieślubnych są przeszło $1^{1}/_{2}$ razy mniejsze. W grę tu wchodzić mogą: oprócz wad rejestracji mało pobłażliwe regionalne poglądy na urodzenia nieślubne i przeto większe trudności i troski z przechodzeniem ciąży z pielęgnowaniem niemowląt nieślubnych, w rezultacie zaś większa liczba wątłych niemowląt i większa ich śmiertelność z rozmaitych chorób; oprócz tego gra pewną rolę uprzemysłowienie, zwyczaj oddawania noworodków na wieś i szereg innych czynników.

Kończąc na tym przegląd umieralności niemowląt w Polsce, podaję możliwie zwięzłe streszczenie tego przeglądu:

1. Polska należy do grupy państw z wielką umieralnością niemowląt; współczynnik tej umieralności wynosił dla lat 1927 — 1934 średnio 14,3 na 100 żywych urodzeń, wówczas gdy w tym samym okresie w Holandii np. średnia owa wynosiła 5,1, w Szwecji — 5,6, w Anglii — 6,4, we Francji — 8,0, w Niemczech — 8,4, w Łotwie — 9,2, we Włoschech — 11,2 itd. (patrz tabl. 2).

2. Zniżkowa tendencja umieralności niemowląt, dość silnie zaznaczająca się w tym krótkim stosunkowo okresie czasu w szeregu państw kulturalnych, w Polsce występuje dość słabo; równocześnie zauważyć się daje dość znaczny u nas spadek rozrodczości — liczba urodzeń żywych, sięgająca w roku 1925 liczby 35,2 na 1000 mieszkańców, spadła do 26,1 w roku 1935.

3. W szeregu lat od 1927 do 1935 rok 1930 był najmniej u nas pomyślny pod względem stosunku umieralności niemowląt do umieralności ogółu ludności, mianowicie, umieralność niemowląt stanowiła przeszło 30% umieralności ogólnej, mimo, że w owym roku współczynnik umieralności niemowląt był taki samy jak w następnych 1931 rok i o wiele mniejszy niż w latach poprzednich (tabl. 3).

Udział %-owy umieralności niemowląt w umieralności ogólnej zaczął się wyraźnie zmniejszać dopiero po r. 1932, osiągając z 28% w r. 1932 23,6% w r. 1935, a ponieważ tzw. kryzys w tym okresie czasu raczej się pogłębił niż złagodniał, należy odnieść to na karb poprawy warunków higienicznych.

4. Wbrew temu, czego należałoby się spodziewać, umieralność niemowląt w naszych najbardziej kulturalnych i zamożnych województwach zachodnich niemal dorównywała w latach 1927, 1928, 1932, 1933, 1934 i 1935 (brak odnośnych danych co do okresu 1929 — 1931) umieralności niemowląt w województwach południowych (patrz tabl. 4); najniższe natomiast współczynniki umieralności przypadają na województwa wschodnie, stojące najniżej pod względem kultury i zamożności. Wytłumaczenia tego należy szukać w wadliwej rejestracji na terenie województw wschodnich.

O innych szczegółach umieralności niemowląt mówią dane z roku 1927 i 1928:

5. Rozkład umieralności wg rodzaju osiedli. Najmniejsze współczynniki tej umieralności (na 100 urodzeń żywych) wykazują miasta małe (12,9 i 12,6) z ludnością poniżej 25 tys., z kolei idą miasta średnie (14,0 i 14,2) z ludnością od 25 do 100 tys. oraz miasta duże (14,5 i 13,9) z ludnością 100 i więcej tys., największe — przypadają na wieś (15,4 i 14,9).

Przy podziale wg wyznań stosunki powyższe podlegają znacznym niekiedy odchyleniom, bliższe pod tym względem szczegóły przedstawia tablica 8 i 9, przy czym należy uwzględnić wystarczalność odnośnych liczb absolutnych (tabl. 8), niektóre bowiem odchylenia liczb względnych (tabl. 9) tłumaczyć należy właśnie zbyt małymi liczbami absolutnymi, a nie innymi okolicznościami.

6. Rozkład umieralności wg płci (tabl. 6 i 7) wykazuje stosunki następujące: na 100 zgonów niemowląt płci żeńskiej wszystkich wyznań ogółem przypadało mniej więcej 128 zgonów niemowląt płci męskiej, przy stosunku urodzeń na 100 dziewcząt — nieco więcej niż 107 chłopców. Najwięcej niemowląt płci męskiej umierało śród ludności wyznania prawosławnego (na 100 zgonów dziewcząt — 130,7

i 131,6 zgonów chłopców) i mojżeszowego (na 100 dziewcząt—130,5 i 136 chłopców) oraz dla jednego tylko 1928 roku śród ludności wyznania ewangelickiego (133,2 chłopców).

Na uwagę poza tym zasługuje stosunek urodzeń dziewcząt i chłopców wyznania mojżeszowego — podczas gdy wszystkie inne wyznania wykazują ów stosunek jako dość zbliżony do stosunku dla całej Polski, wyznanie mojżeszowe daje dla 1927 r. — 100:121,4 i dla 1928 r.—100:116,8. Przyczyna tego leży w wadliwej rejestracji.

7. Rozkład umieralności niemowląt wg wyznania — dla całej Polski współczynnik (na 100 żywych urodzeń) wynosił w 1927 r. 15,1 i w 1928 r. 14,5 (tab. 9).

W szczególności największe współczynniki odnośne znajdujemy u ludności wyznania greckokatolickiego (20,3 i 19,1). Ludność ta w swej masie zamieszkuje wsie województw południowych, odznaczających się największą umieralnością niemowląt. Z kolei największa umieralność niemowląt przypada na wyznanie ewangelickie (17,4 i 16,6), 80% zgonów przypada tu na wieś, która daje największe liczby (18,2 i 16,9), jeżeli nie liczyć miast średnich, których współczynniki odnośne nie są miarodajne z powodu małych liczb absolutnych (tabl. 8). Wyznanie rzymskokatolickie daje współczynniki nieco większe (o 0,3), od współczynników dla całej Polski, przy czym w miastach małych są one najmniejsze (14,9 i 14,2), w miastach średnich — największe (16,1 i 16,3), średnie miejsce zajmują miasta duże (15,6 i 15,2), a wieś daje współczynnik dla r. 1927 nieco mniejszy (o 0,2) od współczynnika ogólnego dla tego wyznania (15,4) i dla r. 1928 — jednakowy z ogólnym (14,8). Wyznanie mojżeszowe odznacza się b. małymi współczynnikami umieralności niemowląt — największe (10,5 i 9,6) przypadają na miasta duże, z kolei idą miasta średnie (7,5 i 7,1), następnie — miasta małe (6,2 i 5,6) i wreszcie — wieś (6,0 i 5,3). Ogólny współczynnik dla tego wyznania wynosi 7,3 i 6,6. Niskie te współczynniki niewątpliwie nie odźwierciedlają istoty rzeczy wskutek wadliwej rejestracji; należy jednak przypuszczać, że umieralność niemowląt wyznania mojżeszowego jest mniejsza niż wyznań chrześcijańskich — znana jest szczególna troskliwość ludności wyznania mojżeszowego o zdrowie potomstwa, częstsze niż śród innych wyznań zwracanie się do lekarzy i skrupulatne przestrzeganie przepisów lekarskich. Niewielkie stosunkowo współczynniki wykazuje wyznanie prawosławne (ogółem 12,9 i 12,6); należy jednak zaznaczyć, że olbrzymia większość zgonów przypada na wieś i że ludność tego wyznania zamieszkuje przeważnie województwa wschodnie, wykazu-

jące najmniejsze śród innych grup województw współczynniki umieralności niemowląt tylko wskutek wadliwej niewątpliwie rejestracji.

Dla wyznań innych miarodajne są jedynie współczynniki dla wsi (wobec b. małych liczb absolutnych w innyeh grupach osiedli). Są one stosunkowo niewielkie (13,4); zapewne i tu są wady rejestracji.

8. Rozkład umieralności wg wieku. Przed ukończeniem 1 dekady życia (tabl. 10) umierało przeszło 18% wszystkich niemowląt które nie dożyły 1 miesiąca życia; nie dożywało końca drugiej dekady około 10% i trzeciej dekady około 6,5%; razem przed ukończonym pierwszym miesiącem umieralność wynosila 34,5 — 35% wszystkich zgonów niemowląt. Już po skończonym 1 miesiącu spadała ona przeszło 2,8 razy, następnie stopniowy wyraźny spadek dalszy wykazują ukończony drugi, trzeci, czwarty i piąty miesiąc. Po skończonym 6 miesiącu występowała wyraźna zwyżka (zapewne wpływ dokarmiania i ew. karmienia sztucznego), po czym umieralność ponownie spadała.

Od tego typu poszczególne wyznania wykazują mniejsze czy też większe odchylenia, uwidocznione w tabl. 10.

9. Rozkład umieralności wg miesięcy. Bardzo wyraźnie występuje zwyżka w sierpniu i we wrześniu (nieżyty kiszek wskutek zatrucia pokarmowo-zakaźnego) oraz w chłodną porę roku (zapewne zapalenia płuc). Szczegóły w tabl. 11.

10. Rozkład umieralności wg charakteru prawnego urodzeń. Z tabl. 12 widoczna jest duża różnica pomiędzy wielkością współczynników umieralności niemowląt ślubnych i nieślubnych.

11. Brak dostatecznie pewnych danych o przyczynach zgonów uniemożliwia przedstawienie tej ważnej dla należytego oświetlenia umieralności niemowląt sprawy.

Czy trzeba dowodzić konieczności zwalczania u nas tak dużej umieralności niemowląt?

Pytanie to mogłoby się wydawać dziwnym, a co najmniej zbędnym, gdyby nie pewna okoliczność, która zmusza poniekąd do postawienia takiego pytania w stosunku właśnie do wsi, miasta bowiem posiadają gorzej lub lepiej zorganizowaną ową walkę. Autorytatywne głosy stwierdzają, że wieś nasza cierpi na nadmiar „gąb" do żywienia, że ma nadmiar rąk roboczych, jest słowem przeludniona. W tych warunkach naturalny bieg rzeczy kompensuje poniekąd nadmierną płodność wsi zwiększoną umieralnością niemowląt. Wysiłki zmierzające ku pomniejszeniu tej umieralności spowodować by mogły pogorszenie położenia wsi. Takie „niesprzeciwianie się złu", w istocie swej amoralne, byłoby dla Państwa wysoce niebezpieczne.

Polska poszukuje ujścia dla swego nadmiaru rąk roboczych, musi je znaleźć i niewątpliwie znajdzie, gdyż jest to konieczność najżywotniejsza. Nie wolno natomiast zapominać o innym fakcie — w ciągu 11 ostatnich lat liczba urodzeń żywych u nas szybko spadała; w r. 1925 liczba urodzeń wynosiła 1.036 tysięcy, a w r. 1935 — 877 tysięcy — spadła więc z 35,2 do 26,1 na tysiąc mieszkańców; liczba zgonów w tym czasie spadła stosunkowo mało — z 16,7 na 14,0 na tysiąc, czyli w r. 1925 liczba zgonów wynosiła mniej niż połowę urodzeń, dziś stanowi więcj niż połowę; przyrost naturalny z 18,5 w r. 1925 spadł do 12,1 w r. 1935.

W świetle tych liczb sytuacja nasza pomiędzy dwoma potężnymi sąsiadami powinna budzić zaniepokojenie. Koniecznością państwową staje się utrzymanie naturalnego przyrostu ludności chociażby na poziomie obecnym. Jeżeli walka z szerzącym się już i na wsi neomaltuzjanizmem wygląda dość beznadziejnie, musi być w takim razie zahamowana umieralność w ogóle i umieralność niemowląt w szczególności.

Zorganizowaną walkę z nadmierną umieralnością niemowląt prowadzi się dotąd u nas prawie wyłącznie w miastach większych. Wielkie obszary wsi z ludnością wynoszącą conajmniej 70% ogółu ludności Polski, a również dość liczne miasteczka małe pozostają poza zasięgiem tej walki.

Wobec rozległych terenów, na których należałoby zorganizować akcję racjonalnego zwalczania umieralności niemowląt, wobec złego przeważnie stanu komunikacji na wsi formy organizacyjne tej akcji muszą być inne niż w miastach.

Wychodząc z założenia, że do zwiększenia liczby zgonów noworodków przyczynia się w stopniu niemałym wielki brak racjonalnej pomocy położniczej, że brak ten odbija się fatalnie również i na matkach, co znowuż pogarsza szanse życiowe niemowląt, należało by rozpocząć od możliwie dużego zwiększenia na wsi liczby odpowiednio wykwalifikowanych położnych. Położna taka musi posiadać dobrą znajomość pielęgnowania i żywienia niemowląt i wogóle małych dzieci; musi też pełnić obowiązki higjenistki wiejskiej i z tego tytułu stać się propagatorką zasad higieny życia codziennego.

Bezpośredni nadzór i kierownictwo działalnością położnych sprawowaliby oczywiście lekarze samorządowi w swych rejonach, całą zaś akcją w powiecie kierowałby odnośny ośrodek zdrowia.

Za swe czynności położna musi być dobrze wynagradzana, ina-



czej bowiem niewiele znajdzie się chętnych do pracy w warunkach naszej przeciętnej wsi.

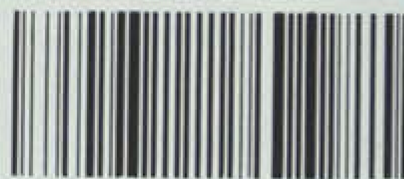
Wiele zapewne z pośród naszych gmin wiejskich nie mogłoby pokrywać wszystkich kosztów utrzymywania położnych; potrzebna byłaby tu pomoc samorządów powiatowych, a prawdopodobnie i pomoc rządowa.

A. SAFAREWICZ

La mortalité des enfants ayant moins d'un an en Pologne.

D'après les données de l'Office Central de Statistique, la mortalité des enfants ayant moins d'un an en Pologne au cours des années 1927 — 1934 s'exprimait en moyenne par le nombre 14,3 pour 100 naissances d'enfants vivants. Par conséquent, Pologne appartient au pays où la mortalité des enfants de cet âge est grande.

L'auteur présente le détail de la mortalité, c'est à dire les nombres absolus et relatifs des décès des enfants au dessous d'un an dans les différentes provinces (groupes de voïvodies); il prend en considération les catégories des lieux habités (grandes villes, moyennes villes, petites villes, villages), l'âge des enfants (les décades et mois de leur vie), les mois de l'année, le sexe, le culte et la légitimité des enfants. Il ne cite pas les causes qui ont déterminé le décès, les données disponibles ne fournissant pas d'indications exactes. Il propose enfin la méthode de la lutte avec trop grande mortalité des enfants de cet âge, en soulignant la nécessité d'organiser cette lutte surtout parmis les paysans, qui forment les $^2/_3$ de toute la population de la Pologne. C'est à la campagne, en effet, que les conditions hygiéniques sont le moins satisfaisantes.


B000000 1659 19 1